

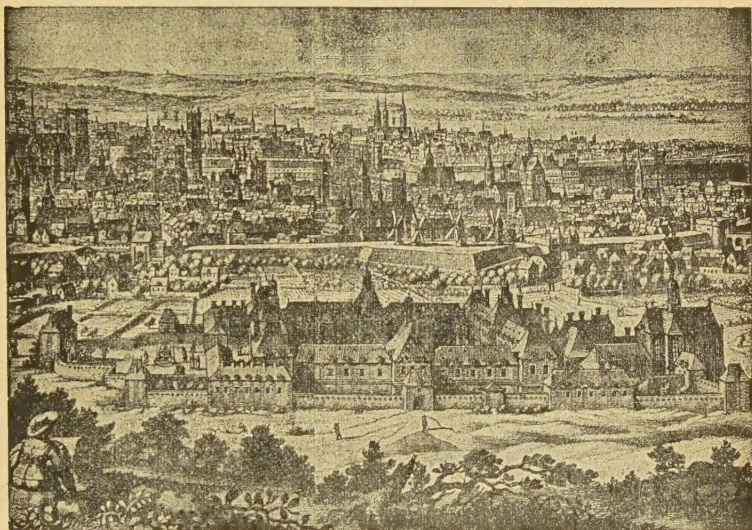
ANNÉE 1908 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N° 

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Mai 1908, à 1 heure

PAR **Henri MEUVRET**

Interne en médecine de l'Infirmerie centrale des prisons de la Seine



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

LA TUBERCULOSE DANS LES PRISONS

(Etude statistique, étiologique et prophylactique)

Président : M. GAUCHER, professeur

Juges { MM. BRISSAUD, professeur
SICARD, agrégé
LCEPER, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE, 15, RUE RACINE

1908

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. LANDOUZY	
	Professeurs	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS	
Physiologie.....		CH. RICHET	
Physique médicale.....		GARIEL	
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER	
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD	
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD	
Pathologie médicale.....		{ BRISSAUD	
		{ DEJERINE	
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE	
Anatomie pathologique.....		PIERRE MARIE	
Histologie.....		PRENANT	
Opérations et appareils.....		QUENU	
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET	
Thérapeutique.....		GILBERT	
Hygiène		CHANTEMESSE	
Médecine légale.....		THOINOT	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		GILBERT BALLET	
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER	
Clinique médicale.....		{ HAYEM	
		{ DIEULAFOY	
		{ DEBOVE	
		{ LANDOUZY	
Maladies des enfants.....		HUTINEL	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER	
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND	
Clinique chirurgicale.....		{ LE DENTU	
		{ BERGER	
		{ RECLUS	
		{ SEGOND	
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE	
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN	
Clinique d'accouchements.....		{ PINARD	
		{ BAR	
		{ RICHEMONT-DESSAIGNES	
Clinique gynécologique.....		POZZI	
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON	
Clinique thérapeutique.....		ALBERT ROBIN	
Agrégés en exercice.			
MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

La tuberculose dans les Prisons

(Etude statistique, étiologique et prophylactique)

INTRODUCTION

Dès le début de notre entrée en fonctions comme interne en Médecine de l'infirmerie centrale des prisons et des établissements pénitentiaires de Fresnes, nous avons été frappé des ravages causés dans les prisons par la tuberculose sous toutes ses formes et en particulier par la tuberculose pulmonaire.

Nous n'ignorions cependant pas que cette maladie n'est pas spéciale aux prisons, et un séjour prolongé dans différents hôpitaux et dispensaires nous avait édifié sur sa fréquence, et dans le monde hospitalisé, et dans le public des grandes villes. Nous savions également que cette affection n'est pas rare à l'heure actuelle dans les campagnes les plus recu-

lées, et que tous les milieux sociaux paient leur tribut à ce redoutable fléau. C'est dire que nous savions à l'avance que la population des prisons ne devait pas être épargnée, et que nous nous attendions bien à rencontrer de nombreux tuberculeux parmi les malades que nous allions avoir à soigner. Disons tout de suite que nos prévisions à ce sujet ont été considérablement dépassées et que tout ce que nous avions imaginé était bien au-dessous de la réalité.

D'autre part, en parcourant les documents pénitentiaires que nous avons pu nous procurer, nous avons été frappé de ce fait que cette question si importante de la tuberculose dans les prisons n'avait attiré l'attention que depuis quelques années. Si l'on consulte, en effet, les comptes rendus des différents congrès pénitentiaires internationaux, on s'aperçoit que la question de la tuberculose a été agitée pour la première fois au congrès de Budapest en 1905.

C'est ce qui nous a donné l'idée de ce travail, que nous avons limité à une statistique aussi rigoureuse que possible de la mortalité suivie de considérations sur l'étiologie et la prophylaxie de la tuberculose des prisonniers. Aussi n'avons-nous d'autre prétention aujourd'hui que d'apporter une modeste contribution à l'étude très incomplète de l'importante question de la tuberculose dans les prisons.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier M. le professeur Gaucher de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse ainsi que de la bienveillante sollicitude dont il a toujours

fait preuve à notre égard et cela depuis plusieurs années.

Nous tenons aussi à témoigner notre gratitude à l'administration pénitentiaire pour l'empressement avec lequel elle nous a permis de puiser dans les documents lui appartenant.

Que M. le Dr Bernard, chirurgien de l'infirmerie centrale des prisons et M. le Dr Thouvenel, médecin de la prison de Fresnes, reçoivent nos remerciements pour l'amitié qu'il nous ont toujours témoignée.

Nous avons demandé pour ce travail des renseignements à M. le Dr Merry-Delabost, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Rouen, qui est l'homme de France le plus compétent en fait d'hygiène pénitentiaire. Il nous les a fournis avec un empressement et une amabilité dont nous tenons aujourd'hui à le remercier.

PLAN

Pour plus de clarté nous avons divisé ce travail en trois parties, se subdivisant elles-mêmes en un certain nombre de chapitres.

La première partie est une statistique de la mortalité par tuberculose dans les prisons. Dans la deuxième partie nous nous occupons spécialement de l'étiologie et dans la troisième de la prophylaxie.

Le chapitre I dit quelques mots de l'historique de la tuberculose au point de vue pénitentiaire.

Le chapitre II établit le bilan des décès par tuberculose.

a) Dans les maisons centrales de force et de correction et pénitenciers agricoles, c'est-à-dire dans tous les établissements de longues peines soumis au régime en commun.

b) Dans les prisons de la Seine, c'est-à-dire dans tous les établissements soumis au régime cellulaire.

Ce chapitre donne la proportion o/o des décès par tuberculose par rapport à la population moyenne, à la mortalité générale, et classe ces décès suivant l'âge et la durée de la captivité.

Le chapitre III commence la deuxième partie et

recherche les causes générales de la tuberculose dans les prisons. Dans ce but, il indique brièvement le fonctionnement de l'administration pénitentiaire en France et étudie la vie du détenu. En particulier il montre :

- a) Comment il respire ;
- b) Comment il prend de l'exercice ;
- c) Comment il travaille ;
- d) Dans quelles conditions morales il se trouve ;
- e) Les risques de contagion que son séjour en prison lui fait courir ;
- f) Son état avant son entrée en prison.

Le chapitre IV indique comment il mange. Ce chapitre est assez étendu. Beaucoup d'auteurs ayant attribué la fréquence de la tuberculose dans les prisons à une mauvaise alimentation, nous avons cherché à étudier la question d'aussi près que possible et à côté de la nourriture donnée au détenu valide, nous avons étudié les régimes de l'infirmerie et celui des jeunes détenues de la prison des femmes.

Le chapitre V étudie une forme spéciale de tuberculose très fréquente chez les prisonniers ; la tuberculose ganglionnaire. Il en recherche les causes en s'appuyant sur l'observation clinique et sur des examens de sang. Il dit quelques mots du traitement.

Le chapitre VI commence la troisième partie ayant trait à la prophylaxie. Il étudie :

- a) La nécessité d'une prophylaxie sérieuse ;
- b) Les mesures déjà adoptées en France ;

c) Les moyens de discerner en temps utile et de classer les malades et les suspects ;

d) Les mesures générales d'hygiène concernant les personnes et les locaux ;

e) Les mesures spéciales de préservation, de prophylaxie et d'isolement.

Le chapitre VII contient les conclusions de ce travail.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Historique de la tuberculose au point de vue pénitentiaire

La question de la tuberculose dans les prisons a été mise à l'ordre du jour seulement depuis quelques années. Nombreux cependant ont été les congrès pénitentiaires internationaux depuis trente-cinq ans. Aux congrès de Londres en 1872, de Stockholm en 1878, de Rome en 1885, de Saint-Pétersbourg en 1890, de Paris en 1895, de Bruxelles en 1900, de nombreuses questions ayant trait à l'hygiène des prisons sont traitées ; celle de l'alcoolisme en particulier y est discutée pendant plusieurs séances, mais il n'est jamais question de la tuberculose, le mot même n'est pas prononcé, excepté toutefois accidentellement au congrès de Rome où parlant de l'alimentation des prisonniers le Dr Bosany s'exprimait ainsi :

« Et maintenant encore un mot sur les maladies

qui règnent le plus communément dans nos infirmeries. Vous comprendrez que je veux vous parler de la scrofule et de la tuberculose qu'on y rencontre dans la proportion de 40 o/o. »

Le même auteur considère comme le facteur principal de la tuberculose et de la scrofule : l'hérédité, et ajoute que le régime des prisons n'agit que comme cause adjuvante. Il ne faut pas oublier que ces idées étaient émises en 1885 ; toutes ne cadrent pas avec ce que nous savons de la tuberculose à l'heure actuelle, néanmoins il convient de noter le chiffre de 40 o/o donné par l'auteur comme étant celui des tuberculeux dans les prisons.

Il faut arriver au congrès pénitentiaire international de Budapest en 1905 pour voir enfin la question de la tuberculose des prisonniers mise à l'ordre du jour. Disons pour l'honneur de notre pays que ce fut sur l'initiative du délégué de la France.

Le 25 août 1902, la commission pénitentiaire internationale s'étant réunie à Berne pour dresser une liste de questions à soumettre au congrès pénitentiaire de Budapest, M. Grimanelli, directeur général de l'administration pénitentiaire au ministre de l'Intérieur et délégué de la France proposa les questions suivantes :

1° Quelles sont les dispositions prises dans les divers Etats pour le traitement et l'isolement, soit des détenus tuberculeux dans les prisons, soit des enfants atteints de la même maladie, réunis dans les colonies pénitentiaires ?

2° Quelles sont celles dont l'adoption paraît désirable ?

3° Quelles sont les mesures préventives de prophylaxie contre la tuberculose dans les établissements pénitentiaires de tout ordre prises ou qui pourraient être prises dans les différents Etats ?

La question fut admise par la commission internationale sous la forme suivante : (3^e section, question n° 2).

Quels sont les moyens de combattre et de traiter la tuberculose et d'en éviter la propagation dans les établissements pénitentiaires de tout ordre ?

De nombreux rapports furent présentés sur la question.

De son côté, l'administration pénitentiaire avait commencé à s'émouvoir. Sur les conseils d'une commission instituée au ministère de l'Intérieur et chargée de proposer des mesures à prendre en vue de combattre la propagation de la tuberculose, le ministre de l'Intérieur dans une circulaire du 6 août 1902 prescrivait certaines mesures dans les maisons centrales de France et pénitenciers agricoles de Corse. Nous aurons l'occasion d'étudier ces mesures au chapitre de la prophylaxie.

Le 31 mars 1903, une nouvelle circulaire ministérielle prescrivait d'appliquer immédiatement dans les maisons départementales les mêmes mesures qu'avaient déjà été prescrites dans les maisons centrales.

Le 15 avril, une autre circulaire prescrivait aux directeurs de circonscription pénitentiaire de faire

procéder à la désinfection des cellules qui auraient été occupées par des détenus reconnus atteints de tuberculose aussitôt après leur sortie et avant qu'un autre condamné y soit enfermé.

A l'heure actuelle, les mesures prises dans les établissements pénitentiaires de tout ordre sont celles qui sont prescrites par ces trois circulaires.

CHAPITRE II

Décès par tuberculose

Nous avons cherché à établir les ravages causés par la tuberculose dans les différents établissements pénitentiaires. Disons tout de suite que dans le cours de ce travail, nous ne parlerons que des établissements de longues peines. (Maisons centrales de force et de correction, pénitenciers agricoles, établissements pénitentiaires de Fresnes.) Il est évident, en effet, que dans les maisons d'arrêt où les détenus subissent des peines variant de quelques jours à quelques mois de prison, on ne saurait étudier l'influence qu'a la détention sur les tuberculeux. D'autre part, les statistiques pénitentiaires que nous avons consultées, les registres d'entrée à l'infirmerie et les registres de sortie ne nous ont pas paru présenter une rigueur scientifique suffisante et nous nous sommes borné à citer ici le nombre des décès et à établir le pourcentage des décès par tuberculose, et encore ici nous nous sommes heurté à une difficulté. Nous avons

trouvé certains décès étiquetés : Phtisie, tuberculose locale ou généralisée, tuberculose osseuse, scrofule. Ces décès sont dus à des tuberculoses avérées, mais à côté d'eux nous en avons trouvé étiquetés : pleurésie, emphysème, bronchite chronique, carie, débilité générale dans lesquels il y a une forte proportion de morts par tuberculose, aussi dans les statistiques qui vont suivre, nous indiquerons les décès causés par tuberculose avérée et sous le nom de décès par maladies d'origine tuberculeuse probable, non seulement ceux qui sont attribués à la tuberculose dans les statistiques pénitentiaires, mais aussi certains décès étiquetés : emphysème, bronchite chronique, pleurésie. Nous sommes bien persuadé que ces décès peuvent être rapportés à la tuberculose et nous ferons remarquer que nous laissons encore de côté les péritonites, méningites qui sont cependant fréquemment de nature tuberculeuse.

Dans les tableaux qui vont suivre, nous indiquerons la population moyenne des différents établissements, le nombre des décès suivant l'âge et la durée de la captivité. Nos recherches porteront pendant une période de dix ans (1) (1894-1904) sur les maisons centrales de Beaulieu, Clairvaux, Fontevault, Loos, Melun, Nîmes, Poissy, Riom, Thouars, les pénitenciers agricoles de Castelluccio et Chiavari, c'est-à-dire sur

1. Dans cette période de dix ans, nous avons omis l'année 1901 n'ayant pu nous procurer le nombre des décès pendant cette année.

tous les établissements pénitentiaires dans lesquels sont subies des peines d'au moins un an et un jour. Ensuite nous indiquerons les décès qui se sont produits parmi les détenus de la prison de Fresnes, détenus soumis au régime cellulaire individuel et nous serons amené à faire une comparaison entre le régime en commun et le régime cellulaire.

Maison centrale de Beaulieu (1)

(Régime en commun)

L'importante maison centrale de Beaulieu est située dans le Calvados. Elle peut contenir 850 détenus.

Dans cet établissement, la mortalité générale par rapport à la population moyenne est de 3,69 o/o (244 décès pour 6626 habitants).

La mortalité par tuberculose avérée est de 1,84 o/o par rapport à la population moyenne (122 décès sur 6626 habitants. Elle est de 50 o/o par rapport à la

1. Maison centrale de Beaulieu (Calvados). Ancienne léproserie appelée Hôpital de la Grande-Maladrerie ou de Notre-Dame de Beaulieu fondée en 1166, par le duc de Normandie, Henri II, devenue dépôt de mendicité en 1768. Un décret du 21 novembre 1809 qui en fait un dépôt de mendicité lui conserve sa situation pour le traitement des maladies cutanées et syphilitiques et l'affecte à la réclusion des condamnés criminels et correctionnels. Ce n'est qu'à partir 1811, 1812 qu'elle devint maison centrale, elle est agrandie à cette époque ainsi que dans les années 1820, 1843, 1844, 1846, 1849, 1851.

mortalité générale (122 décès par tuberculose sur 244 décès).

La mortalité par maladie paraissant de nature tuberculeuse est de 2, 27 0/0 par rapport à la population moyenne (151 décès sur 6626 habitants). Elle est de 62 0/0 par rapport à la mortalité générale (151 décès sur 244.)

Maison Centrale de Beaulieu

(Régime en commun)

Années	Population moyenne	Nombre de décès	Décès par tuberculose avérée			Décès par tuberculose et maladies paraissant de nature tuberculeuse		
			Nombre des décès par tuberculose	Pourcentage par rapport à la mortalité générale	Pourcentage par rapport à la population moyenne	Nombre de décès par maladies paraissant de nat. tuberculeuse	Pourcentage par rapport à la mortalité générale	Pourcentage par rapport à la population moyenne
1904	497	21	11	52,4	2,21	14	66,6	2,82
1903	550	22	14	63,6	2,54	17	77,27	3,10
1902	590	24	16	66,6	2,71	19	79	3,45
1900	674	29	5	17,24	0,74	8	27,58	1,20
1899	669	31	18	58	2,70	21	67,74	3,14
1898	696	22	8	36,36	1,15	11	50	1,59
1897	754	21	11	52,4	1,46	11	52,4	1,46
1896	685	20	11	55	1,60	12	60	1,70
1895	750	30	15	50	2,00	24	80	3,20
1894	761	24	13	54,2	1,70	14	58,4	1,80
	6.626	244	122	50 o/o	1,84 o/o	151	62 o/o	2,27 o/o

Mortalité générale par rapport à la population moyenne. 3,69 o/o.

Mortalité par tuberculose, par rapport à la population moyenne 1,84 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la mortalité générale, 50 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o la population moyenne) 2,27 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la mortalité générale) 62 o/o.

Maison centrale de Clairvaux

(Régime en commun)

L'importante maison centrale de Clairvaux, (Aube) peut contenir 1.240 prisonniers.

La mortalité générale par rapport à la population moyenne est de 1, 46 o/o (131 décès sur 8.935 détenus.

La mortalité par tuberculose avérée est de 0, 61 o/o par rapport à la population moyenne (55 décès sur 8.935 détenus.) Elle est de 42 o/o par rapport à la mortalité générale.

La mortalité par tuberculose et maladies paraissant de nature tuberculeuse est de 0, 75 o/o par rapport à la population moyenne. Elle est de 48,1 o/o par rapport à la mortalité générale. Il y a lieu de faire remarquer que cette maison centrale est celle qui a le nombre le moins élevé et comme mortalité générale et comme mortalité par tuberculose.

1. Ancienne abbaye fondée en 1115, par saint Bernard. Un décret du 16 juin 1808 porte rachat de l'ancienne abbaye de Clairvaux et une ordonnance de 1817 la constitue maison centrale. Depuis a été agrandie et rebâtie.

Maison Centrale de Clairvaux

(Régime en commun)

Années	Population moyenne	Nombre de décès	Décès par tuberculose avérée			Décès par tuberculose et maladies paraissant de nature tuberculeuse		
			Nombre des décès par tuberculose	Pourcentage par rapport à la morta- lité générale	Pourcentage par rapport à la popu- lation moyenne	Décès par maladies paraissant de nat. tuberculeuse	Pourcentage par rapport à la mor- talité générale	Pourcentage par rapport à la popu- lation moyenne
1904	676	11	4	36,36	0,59	4	36,36	0,59
1903	868	14	6	42,85	0,68	8	57,14	0,92
1902	773	7	3	42,85	0,39	3	42,85	0,39
1900	731	11	4	36,36	0,54	4	36,36	0,54
1899	802	11	4	36,36	0,50	4	36,36	0,50
1898	881	13	6	46,15	0,67	6	46,15	0,67
1897	907	14	3	21,43	0,33	6	42,86	0,66
1896	949	12	7	58,33	0,73	7	58,33	0,73
1895	1.098	15	11	73,33	1	12	80	1,09
1894	1.250	23	7	30,43	0,56	9	39,13	0,72
	8.935	131	55	42 0/0	0,61 0/0	63	48,1 0/0	0,75 0/0

Mortalité générale par rapport à la population moyenne, 1,46 0/0.

Mortalité par tuberculose par rapport à la population moyenne, 0,61 0/0.

Mortalité par tuberculose par rapport à la mortalité générale, 42 0/0.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (0/0 de la population moyenne) 0,75.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (0/0 de la mortalité générale) 48,1.

Maison centrale de Fontevrault

(Régime en commun)

La maison centrale de Fontevrault (Maine-et-Loire) peut contenir actuellement 600 détenus.

La mortalité générale est de 3, 57 o/o par rapport à la population moyenne (289 décès sur 8084 habitants).

La mortalité par tuberculose avérée est en rapport avec le chiffre élevé de la mortalité générale. Elle est en effet de 1, 37 o/o de la population moyenne et de 38, 4 o/o par rapport à la mortalité générale (111 décès sur 8084 habitants).

La mortalité par maladies paraissant être d'origine tuberculeuse, est de 2, 08 o/o par rapport à la population moyenne (168 décès sur 8084 habitants). Elle est de 58, 01 o/o par rapport à la mortalité générale.

L'état sanitaire de cet important établissement laisse donc fort à désirer et encore nous ferons remarquer que la nature des décès ne nous a pas paru toujours établie avec une grande sincérité. Ainsi nous relevons qu'en 1899, sur 21 décès s'étant produits dans l'établissement, 9 sont étiquetés anémie. Ces décès n'ont pas été comptés par nous comme étant causés par la tuberculose, mais il est probable qu'ils devraient l'être.

1. Ancienne abbaye des Bénédictins fondée en 1099, par Robert d'Arbrissel. Un décret du 26 vendémiaire an XII 18 octobre 1804, l'affecte aux condamnés.

Maison Centrale de Fontevault

(Régime en commun)

Années	Population moyenne	Nombre de décès	Décès par tuberculose avérée			Décès par tuberculose et maladies paraissant de nature tuberculeuse		
			Nombre des décès par tuberculose	Pourcentage par rapport à la mortalité générale	Pourcentage par rapport à la population moyenne	Décès par maladies paraissant de nature tuberculeuse	Pourcentage par rapport à la mortalité générale	Pourcentage par rapport à la population moyenne
1904	583	41	21	51,22	3,60	28	68,29	4,80
1903	597	15	6	40	1	10	66,66	1,67
1902	628	27	10	37	1,59	13	48,22	2,07
1900	717	23	5	21,73	0,69	10	43,48	1,39
1899	773	21	4	19	0,52	5	23,81	0,65
1898	884	31	13	41,93	1,47	21	67,74	2,38
1897	1.025	26	12	46,15	1,14	17	65,38	1,65
1896	1.055	39	15	38,48	1,42	22	56,42	2,08
1895	932	30	13	43,33	1,39	21	70	2,25
1894	890	36	12	33,33	1,36	21	58,33	2,36
	8.084	289	111	38,40/0	1,370/0	168	58,10/0	2,080/0

Mortalité générale par rapport à la population moyenne, 3,57 o/o.

Mortalité par tuberculose, par rapport à la population moyenne 1,37 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la mortalité générale, 38,4 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la population moyenne), 2,08 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la mortalité générale), 58,1 o/o.

Maison centrale de Loos (1)

(Régime en commun.)

La maison centrale de Loos est située dans le Nord près de Lille. Elle peut contenir 1.200 détenus. En réalité, son effectif est loin d'être au complet puisque sa population moyenne ne dépasse pas 500 habitants.

La mortalité générale est de 2.59 o/o (151 décès sur 5.838 détenus).

La mortalité par tuberculose avérée est de 0,82 o/o par rapport à la population moyenne (48 décès sur 5838 habitants). Elle est de 31.9 o/o par rapport à la mortalité générale.

La mortalité par maladies paraissant être d'origine tuberculeuse est de 1,58 o/o par rapport à la population moyenne (98 décès sur 5.838 détenus). Elle est de 64,8 o/o par rapport à la mortalité générale.

Somme toute état sanitaire assez satisfaisant par rapport à d'autres maisons centrales.

1. Ancienne abbaye de l'ordre de Cîteaux fondée vers l'an 1144 par Thierry d'Alsace comte de Flandre. Une ordonnance du 6 août 1817 crée une maison centrale de détention dans les bâtiments de l'ancienne abbaye de Loos. Elle dispose en outre qu'une partie des bâtiments sera réservée pour servir de maison de correction aux individus condamnés à moins d'un an.

Maison Centrale de Loos

(Régime en commun)

Années	Population moyenne	Nombre de décès	Décès par tuberculose avérée			Décès par tuberculose et maladies paraissant de nature tuberculeuse		
			Nombre des décès par tuberculose	Pourcentage par rapport à la mor- talité générale	Pourcentage par rapport à la popu- lation moyenne	Décès par maladies paraissant de nat. tuberculeuse	Pourcentage par rapport à la mor- talité générale	Pourcentage par rapport à la popu- lation moyenne
1904	477	13	4	30,76	0,84	7	53,84	1,17
1903	489	13	6	49,15	1,23	8	61,53	1,64
1902	477	14	7	50	1,47	10	71,4	2,09
1900	433	10	6	60	1,29	7	70	1,61
1899	515	9	2	22,22	0,39	4	44,44	0,77
1898	576	14	5	35,71	0,87	11	71,57	1,91
1897	684	22	9	40,90	1,31	16	72,72	2,34
1896	720	18	3	16,16	0,41	9	50	1,25
1895	704	21	5	23,81	0,71	14	66,66	1,99
1894	763	17	0	0	0	6	35,23	0,78
	5.838	151	48	31,9	0,82	98	64,9	1,68

Mortalité générale par rapport à la population moyenne, 2,59 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la population moyenne, 0,82 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la mortalité générale, 31,9 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la population moyenne) 1,68 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la mortalité générale) 64,9 o/o.

Maison centrale de Melun (1)

(Régime en commun.)

La maison centrale de Melun (Seine-et-Marne) peut contenir 665 détenus. Cet établissement est assez humide. Cependant, la mortalité générale le classe encore parmi ceux dont l'état sanitaire est relativement satisfaisant (2). Elle est en effet de 2,79 o/o par rapport à la population moyenne (156 décès sur 5.586 habitants.)

La mortalité par tuberculose avérée est de 0,86 o/o par rapport à la population moyenne. (48 décès sur 5.586 habitants.) Elle est de 30,8 o/o par rapport à la mortalité générale, mais nous ferons ici la même remarque que pour la maison centrale de Fontevault. Les décès ne nous ont pas paru étiquetés avec soin. Ainsi en 1895, sur 20 décès nous en trouvons 5 dont la cause est dénommée anémie.

La mortalité par maladies paraissant être d'origine tuberculeuse est de 1,36 o/o par rapport à la population moyenne (76 décès sur 5.586 habitants). Elle est de 48,7 o/o par rapport à la mortalité générale.

1. Ancien couvent des sœurs de Saint-Nicolas situé à l'extrémité de l'île Saint-Étienne devenu propriété nationale en 1789. Un décret du 16 juin 1808 le désigne pour devenir maison centrale de détention. Les bâtiments ont été reconstruits depuis.

2. Bien entendu, nous nous plaçons au point de vue de la mortalité dans les prisons quand nous disons qu'une mortalité de 2,79 o/o n'est pas trop exagérée pour une maison centrale.

Maison Centrale de Melun

(Régime en commun)

Années	Population moyenne	Nombre de décès	Décès par tuberculose avérée			Décès par tuberculose et maladies paraissant de nature tuberculeuse		
			Nombre des décès par tuberculose	Pourcentage par rapport à la mortalité générale	Pourcentage par rapport à la population moyenne	Décès par maladies paraissant de nature tuberculeuse	Pourcentage par rapport à la mortalité générale	Pourcentage par rapport à la population moyenne
1904	575	10	5	50	0,86	5	50	0,86
1903	606	21	6	28,57	0,99	14	66,66	2,31
1902	562	19	8	42,1	1,42	8	42,1	1,42
1900	501	16	7	43,75	1,39	9	56,25	1,79
1899	515	8	2	25	0,39	4	50	0,77
1898	556	19	1	5,26	0,18	7	36,84	1,26
1897	572	18	6	33,33	1,05	12	66,66	2,09
1896	582	12	5	41,66	0,85	5	41,66	0,85
1895	540	20	2	10	0,37	6	30	1,11
1894	577	13	2	15,18	0,34	6	46,53	1,04
	5.586	156	48	30,8	0,86	76	48,7	1,36

Mortalité générale par rapport à la population moyenne, 2,79 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la population moyenne, 0,86 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la mortalité générale, 30,8 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la population moyenne), 1,36 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la mortalité générale), 48,7 o/o.

Maison centrale de Nîmes (1)

(Régime en commun)

La maison centrale de Nîmes (Gard) peut contenir 950 détenus. Elle est une des prisons en commun où l'état sanitaire est le plus satisfaisant.

La mortalité générale est de 2,03 o/o par rapport à la population moyenne (156 décès sur 7.674 habitants).

La mortalité par tuberculose avérée est de 0,65 o/o par rapport à la population moyenne (50 décès sur 7.674 habitants). Elle est de 32,05 par rapport à la mortalité générale.

La mortalité par tuberculose et maladies paraissant d'origine tuberculeuse est de 0,96 o/o par rapport à la population moyenne (74 décès sur 7.674). Elle est de 47, 43 o/o par rapport à la mortalité générale.

Si l'on consulte le tableau comparatif qui se trouve à la fin de ce chapitre, on voit que la maison centrale rang de Nîmes occupe le deuxième rang parmi les prisons en commun dont l'état sanitaire est satisfaisant.

1. Citadelle construite en 1687 d'après les plans de Vauban sur les débris du fort Rohan bâti par les protestants en 1619. En 1797, le gouvernement voulant utiliser ce bâtiment qui, par sa forme et sa position pouvait servir de prison départementale l'érigea en maison d'arrêt. Le 20 décembre 1810 on le convertit en dépôt de mendicité. Une ordonnance du 30 mars 1820 en fait une maison centrale de détention et de correction pour le département du Gard. En 1823, les bâtiments appropriés à cet usage renfermaient 700 condamnés.

Maison Centrale de Nîmes

(Régime en commun)

Années	Population moyenne	Nombre de décès	Décès par tuberculose avérée			Décès par tuberculose et maladies paraissant de nature tuberculeuse		
			Nombre de décès par tuberculose	Pourcentage par rapport à la morta- lité générale	Pourcentage par rapport à la popu- lation moyenne	Décès par maladies paraissant de nat. tuberculeuse	Pourcentage par rapport à la mor- talité générale	Pourcentage par rapport à la popu- lation moyenne
1904	690	9	1	11,11	0,14	1	11,11	0,14
1903	643	9	3	33,33	0,46	5	55,55	0,77
1902	839	12	2	16,67	0,24	4	33,33	0,48
1900	845	16	4	25	0,47	7	43,7	0,82
1899	806	14	4	28,57	0,49	6	42,85	0,74
1898	777	23	10	43,48	1,29	13	56,52	1,67
1897	764	22	5	22,72	0,65	9	40,90	1,18
1896	779	17	1	5,88	0,13	8	47,05	1,02
1895	793	21	12	57,14	1,51	13	61,90	1,64
1894	738	13	8	61,54	1,08	8	61,54	1,08
	7.674	156	50	32,05 o/o	0,65	74	47,43	0,96

Mortalité générale par rapport à la population moyenne, 2,03 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la population moyenne, 0,65 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la mortalité générale, 32,05 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la population moyenne) 0,96 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la mortalité générale) 47,43 o/o.]

Maison centrale de Poissy

(Régime en commun)

La maison centrale de Poissy (Seine-et-Oise) est une des plus importantes de France. Elle peut contenir 1.150 détenus.

La mortalité générale est de 2,14 o/o par rapport à la population moyenne (214 décès sur 9.958 habitants).

La mortalité par tuberculose avérée est de 0,87 o/o par rapport à la population moyenne. Elle est de 40,07 o/o par rapport à la mortalité générale.

La mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse est de 1,32 o/o par rapport à la population moyenne (132 décès sur 9.958 habitants). Elle est de 61,6 o/o par rapport à la mortalité générale.

Somme toute, l'état sanitaire de cette importante prison est un des plus satisfaisants.

Maison Centrale de Poissy

(Régime en commun)

Années	Population moyenne	Nombre des décès	Décès par tuberculose avérée			Décès par tuberculose et maladies paraissant de nature tuberculeuse		
			Nombre des décès par tuberculose	Pourcentage par rapport à la mortalité générale	Pourcentage par rapport à la population moyenne	Décès par maladies paraissant de nature tuberculeuse	Pourcentage par rapport à la mortalité générale	Pourcentage par rapport à la population moyenne
1904	830	18	7	38,38	0,84	11	61,11	1,32
1903	842	23	14	60,86	1,76	16	69,56	1,84
1902	866	17	5	29,4	0,57	7	41,1	0,80
1900	1.060	24	15	62,5	1,41	21	87,5	1,98
1899	1.051	17	8	47	0,76	11	64,7	1,04
1898	989	20	11	55	1,11	12	60	1,21
1897	1.064	18	6	33,33	0,56	9	50	0,84
1896	1.084	21	2	9,52	0,18	13	61,9	1,20
1895	1.081	27	10	37,02	0,92	15	55,55	1,39
1894	1.091	29	9	31,03	0,82	17	58,62	1,55
	9.958	214	87	40,07	0,87	132	61,6	1,32

Mortalité générale par rapport à la population moyenne, 2,14 o/o.

Mortalité par tuberculose, par rapport à la population moyenne 0,87 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la mortalité générale, 40,07 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la population moyenne), 1,32 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la mortalité générale), 61,6 o/o.

Maison centrale de Riom (1)

(Régime en commun)

La maison centrale de Riom (Puy-de-Dôme) ne peut contenir que 550 détenus. Elle est de beaucoup celle où la mortalité est la plus effroyable.

La mortalité générale est de 4,67 o/o par rapport à la population moyenne (219 décès sur 4.678 habitants). A ce point de vue elle laisse derrière elle la maison centrale de Thouars qui vient immédiatement après avec 4,47 o/o de décès comme mortalité générale. La mortalité par tuberculose avérée est de 1,92 o/o par rapport à la population moyenne (90 décès sur 4.678 habitants). Elle est de 41,14 o/o par rapport à la mortalité générale.

La mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse est de 2,22 o/o par rapport à la population moyenne (104 décès sur 4.678 habitants). Elle est de 47,49 o/o par rapport à la mortalité générale.

La maison centrale de Riom est la prison en commun dans laquelle la mortalité par tuberculose et la mortalité générale sont les plus élevées. Les locaux anciens dans lesquels elle est installée en sont probablement la cause. Au point de vue sanitaire il y aurait lieu de voir si l'aménagement de ces vieux bâtiments ne pourrait pas être amélioré ou s'il n'y aurait pas lieu de désaffecter purement et simplement ce malsain et vétuste établissement.

1. Ancien couvent des Cordeliers. Un décret du 14 janvier 1813 désigne Riom comme maison centrale au lieu de Clermont visé au décret du 16 juin 1808.

Maison Centrale de Riom

(Régime en commun)

Années	Population moyenne	Nombre des décès	Décès par tuberculose avérée			Décès par tuberculose et maladies paraissant de nature tuberculeuse		
			Nombre des décès par tuberculose	Pourcentage par rapport à la mor- talité générale	Pourcentage par rapport à la popu- lation moyenne	Décès par maladies paraissant de nat. tuberculeuse	Pourcentage par rapport à la mor- talité générale	Pourcentage par rapport à la popu- lation moyenne
1904	232	14	12	85,71	5,17	12	85,71	5,17
1903	283	16	9	56,25	3,18	12	75	5,30
1902	342	13	7	53,84	2,04	9	69,23	2,63
1900	471	15	6	40	1,27	8	53,33	1,69
1899	492	34	10	32,2	2,03	12	38,71	2,44
1898	518	9	3	33,33	0,58	4	44,44	0,77
1897	531	18	9	50	1,69	9	50	1,69
1896	578	31	12	38,7	2,07	12	38,7	2,07
1895	601	40	8	20	1,33	11	27,5	1,83
1894	630	29	14	48,27	2,22	14	48,27	2,22
	4.678	219	90	41,14	1,92	104	47,49	2,22

Mortalité générale par rapport à la population moyenne, 4,67 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la population moyenne, 1,92 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la mortalité générale, 41,14 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la population moyenne) 2,22 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la mortalité générale) 47,49 o/o.

Maison centrale de Thouars (1)

(Régime en commun)

La maison centrale de Thouars (Deux-Sèvres) ne peut contenir que 500 détenus.

La mortalité générale est de 4.47 o/o par rapport à la population moyenne (172 décès sur 3.847 habitants).

La mortalité par tuberculose avérée est de 1.63 o/o par rapport à la population moyenne (63 décès sur 3.847 habitants). Elle est de 36,36 par rapport à la mortalité générale.

La mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse est de 1,97 o/o par rapport à la population moyenne. Elle est de 44,20/o par rapport à la mortalité générale.

C'est la maison centrale où la mortalité est la plus élevée après la maison centrale de Riom.

1. Ancien château construit en 1635 par Marie de la Tour d'Auvergne, duchesse de la Trémoille. Donné en apanage par Napoléon 1^{er} au maréchal Masséna. Un traité entre l'État et la ville de Thouars approuvé par décision du 25 septembre 1872 lui donne son affectation actuelle.

Maison Centrale de Thouars

(Régime en commun)

Années	Population moyenne	Nombre des décès	Décès par tuberculose avérée			Décès par tuberculose et maladies paraissant de nature tuberculeuse		
			Nombre des décès par tuberculose	Pourcentage par rapport à la mor- talité générale	Pourcentage par rapport à la popu- lation moyenne	Décès par maladies paraissant de nat. tuberculeuse	Pourcentage par rapport à la mor- talité générale	Pourcentage par rapport à la popu- lation moyenne
1904	366	12	7	58,33	1,91	8	66,66	2,18
1903	305	15	2	13,33	0,65	6	40	1,96
1902	269	17	9	52,94	3,34	10	58,82	3,71
1900	312	8	4	50	1,28	4	50	1,28
1899	346	12	3	25	0,86	4	33,33	1,15
1898	391	24	7	29,16	1,79	10	41,66	2,81
1897	424	19	4	21,05	0,92	4	21,05	0,94
1896	458	21	12	57,14	2,62	13	61,90	2,83
1895	471	22	7	31,82	1,49	8	36,36	1,69
1894	505	22	8	36,36	1,58	9	40,91	1,98
	3.847	172	63	36,36	1,63	76	44,20	1,97

Mortalité générale par rapport à la population moyenne, 4,47 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la population moyenne, 1,63 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la mortalité générale, 36,36 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la population moyenne) 1,97 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse o/o de la mortalité générale) 44,2 o/o.

Pénitencier agricole de Castelluccio (1)

Régime en commun

Castelluccio est situé en Corse. Cette prison n'est pas une maison centrale mais un pénitencier agricole, c'est-à-dire un établissement où tout en subissant de longues peines, les détenus ne mènent plus la vie ordinaire du prisonnier mais travaillent aux champs et sont en plein air une partie de la journée. Il semble que dans ces conditions la mortalité générale et la mortalité par tuberculose devraient être moindres que dans les autres établissements. Il n'en est rien. Ne connaissant pas ce genre d'établissement, nous ne savons pas à quoi cela peut tenir mais le fait brutal est là : les pénitenciers agricoles ont une très mauvaise place dans les prisons de longue peine au point de vue sanitaire.

La mortalité générale au pénitencier de Castelluccio est de 3,42 o/o par rapport à la population moyenne (97 décès sur 2833 détenus).

La mortalité par tuberculose avérée est de 1,70 o/o par rapport à la population moyenne (54 décès sur 2833 habitants). Elle est de 55,6 par rapport à la mortalité générale. La mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse est de 2,11 o/o par rapport à la population moyenne (60 décès sur 2.833 détenus). Elle est de 61,9 par rapport à la mortalité générale. Ces chiffres sont éloquentes par eux-mêmes et se passent de commentaires.

1. Ancienne colonie de Saint-Antoine fondée en 1855. Devenue une annexe du pénitencier agricole de Chiavari en 1885.

Supprimé en 1907.

Pénitencier agricole de Castellucio

(Régime en commun)¹

Années	Population moyenne	Nombre des décès	Décès par tuberculose avérée			Décès par tuberculose et maladies paraissant de nature tuberculeuse		
			Nombre des décès par tuberculose	Pourcentage par rapport à la mor- talité générale	Pourcentage par rapport à la popu- lation moyenne	Décès par maladies paraissant de nat. tuberculeuse	Pourcentage par rapport à la mor- talité générale	Pourcentage par rapport à la popu- lation moyenne
1904	213	2	1	50	0,46	1	50	0,46
1903	209	»	»	»	»	»	»	»
1902	149	2	1	50	0,67	1	50	0,67
1900	382	19	11	57,89	2,88	11	57,89	2,88
1899	394	17	14	82,35	3,55	14	82,35	3,55
1898	369	17	8	47,05	2,16	8	47,05	2,16
1897	325	10	6	60	1,84	9	90	2,77
1896	271	11	7	63,63	2,58	8	72,72	2,95
1895	264	6	2	33,33	0,75	4	66,66	1,51
1894	257	13	4	30,77	1,55	4	30,77	1,55
	2.833	97	54	55,60	1,90	60	61,90	2,11

Mortalité générale par rapport à la population moyenne, 3,42 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la population moyenne, 1,90 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la mortalité générale, 55,6 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la population moyenne) 2,11 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la mortalité générale) 61,90 o/o.

Pénitencier agricole de Chiavari (1)

(Régime en commun)

Le pénitencier agricole de Chiavari est situé en Corse comme Castelluccio mais il est plus important car il peut contenir mille détenus. La situation sanitaire y est du reste à peu près la même qu'à Castelluccio. La mortalité générale cependant est légèrement inférieure. Elle est de 3,05 o/o par rapport à la population moyenne (174 décès sur 5.704 détenus).

La mortalité par tuberculose avérée est de 1,47 o/o par rapport à la population moyenne (84 décès sur 5.704 détenus). Elle est de 48,29 o/o par rapport à la mortalité générale.

La mortalité par maladies paraissant d'origine tuberculeuse est de 1,58 o/o par rapport à la population moyenne (90 décès sur 5.704 habitants). Elle est de 51,7 o/o par rapport à la mortalité générale.

1. Pénitencier agricole où les condamnés adultes réclusionnaires et correctionnels sont appliqués à des travaux de défrichement et de culture en exécution du décret du 25 février 1852 dans des domaines acquis par l'Etat.

Pénitencier agricole de Chiavari

(Régime en commun)

Années	Population moyenne	Nombre des décès	Décès par tuberculose avérée			Décès par tuberculose et maladies paraissant de nature tuberculeuse		
			Nombre des décès par tuberculose	Pourcentage par rapport à la mortalité générale	Pourcentage par rapport à la population moyenne	Décès par maladies paraissant de nat. tuberculeuse	Pourcentage par rapport à la mortalité générale	Pourcentage par rapport à la population moyenne
1904	266	6	4	66,66	1,50	4	66,66	1,50
1903	438	11	7	63,63	1,59	7	63,63	1,59
1902	624	18	8	44,44	1,28	8	44,44	1,28
1900	587	15	8	53,33	1,36	8	53,33	1,36
1899	593	22	12	54,54	2,02	12	54,54	2,02
1898	599	17	10	58,82	1,66	10	58,82	1,66
1897	600	19	9	47,37	1,50	11	57,89	1,83
1896	636	21	8	38,10	1,25	8	38,10	1,25
1895	660	13	5	38,46	0,75	6	46,15	0,90
1894	701	32	13	40,62	1,85	16	50	2,28
	5.704	174	84	48,29	1,47	90	51,7	1,58

Mortalité générale par rapport à la population moyenne, 3,05 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la population moyenne, 1,47 o/o.

Mortalité par tuberculose par rapport à la mortalité générale, 48,29 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la population moyenne) 1,58 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse (o/o de la mortalité générale) 51,7 o/o.

Nous résumons dans le tableau suivant les résultats des recherches que nous venons de faire. Ce tableau donne pour une période de dix ans (1894-1904) la population moyenne des établissements de longues peines soumises au régime en commun, la mortalité générale par rapport à cette population moyenne, la mortalité par tuberculose avérée, la mortalité par maladies paraissant d'origine tuberculeuse et le rapport o/o par rapport à la population moyenne. Il donne aussi le classement de ces prisons suivant la mortalité générale :

*Tableau de la mortalité dans les prisons de longues peines
soumises au régime en commun (1894-1904)*

		Mortalité générale		Décès par tuber- culose avérée		Décès par mala- dies paraissant de nature tu- berculeuse	
Prisons	Population moyenne	Nombre de décès	o/o par rapport à la population moyenne	Nombre de décès	o/o par rapport à la population moyenne	Nombre de décès	o/o par rapport à la population moyenne
Riom	4.678	219	4,67 o/o	90	1,91 o/o	104	2,22 o/o
Thouars. . .	3.847	172	4,47 o/o	63	1,63 o/o	76	1,97 o/o
Beaulieu . .	6.626	244	3,67 o/o	122	1,84 o/o	151	2,27 o/o
Castelluccio. .	2.833	97	3,62 o/o	54	1,90 o/o	60	2,11 o/o
Fontevrault . .	8.084	289	3,57 o/o	111	1,37 o/o	168	2,08 o/o
Chiavari . .	5.704	174	3,08 o/o	84	1,47 o/o	90	1,58 o/o
Melun.	5.586	156	2,79 o/o	48	0,86 o/o	76	1,36 o/o
Loos.	5.838	151	2,59 o/o	48	0,82 o/o	98	1,68 o/o
Poissy	9.958	214	2,14 o/o	87	0,87 o/o	132	1,32 o/o
Nîmes	7.674	156	2,03 o/o	50	0,65 o/o	74	0,96 o/o
Clairvaux . .	8.935	131	1,46 o/o	55	0,61 o/o	63	0,75 o/o
Total. . .	69.763	2.003	2,87 o/o	812	1,16 o/o	992	1,42 o/o

Récapitulation

Mortalité par maladies diverses, 2.003 décès sur 69.763 détenus, soit 2,87 o/o.

Mortalité par tuberculose avérée, 812 décès sur 69.763 détenus, soit 1,16 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse 992 décès sur 69.763 détenus, soit 1,42 o/o.

Mortalité par tuberculose rapportée à la mortalité générale
Mortalité par tuberculose avérée, 812 décès sur 2.003 décès soit 40,5 o/o.

Mortalité par maladies paraissant de nature tuberculeuse, 992 décès sur 2.003 décès, soit 49,5 o/o.

Mortalité suivant l'âge

Il est intéressant d'étudier comment la tuberculose se comporte suivant l'âge des détenus. Jetons un coup d'œil sur le tableau qui suit, nous voyons que si l'on tient compte seulement du nombre brut des décès, la mortalité suivant l'âge se répartit de la façon suivante par ordre décroissant :

de 25 à 30 ans.....	234	décès
30 à 40 ans.....	220	—
20 à 25 ans.....	216	—
40 à 50 ans.....	104	—
16 à 20 ans.....	86	—
50 à 60 ans.....	42	—
au dessus de 60 ans.....	15	—

Mais il est certain qu'un pareil classement manque de base scientifique. Si dans un établissement 100 détenus sont âgés de vingt à trente ans, et 10 seulement de cinquante à soixante, il est évident qu'indépendamment de l'influence de l'âge, il y aura beaucoup plus de décès de vingt à trente ans que de cinquante à soixante. Pour faire un calcul sérieux, il faut rechercher la proportion o/o des décès par rapport à la population moyenne du même âge. Le tableau suivant montre les résultats ainsi obtenus :



De 25 à 30 ans
De 20 à 25 ans
De 30 à 40 ans
De 40 à 50 ans
De 16 à 20 ans
De 50 à 60 ans
Au-dessus de 60 ans

RÉGIME EN COMMUN

Malades décédés dans les maisons centrales à la suite de tuberculose avérée et classés suivant l'âge

De 25 à 30 ans	1,44 o/o de la population moyenne		
De 20 à 25 ans	1,35 o/o	—	—
De 30 à 40 ans	1,22 o/o	—	—
De 40 à 50 ans	1,18 o/o	—	—
De 16 à 20 ans	1,0 o/o	—	—
De 50 à 60 ans	0,98 o/o	—	—
Au-dessus de 60 ans	0,75 o/o	—	—

*Malades décédés dans les maisons centrales
à la suite de tuberculose avérée et classés suivant l'âge*

(Régime en commun)

Années	De 16 à 20 ans		De 20 à 25 ans		De 25 à 30 ans		De 30 à 40 ans		De 40 à 50 ans		De 50 à 60 ans		De 60 à 70 ans et plus	
	Nombre de décès dans l'année	Nombre de décès	Population moyenne	Nombre de décès	Population moyenne	Nombre de décès	Population moyenne	Nombre de décès	Population moyenne	Nombre de décès	Population moyenne	Nombre de décès	Population moyenne	Nombre de décès
1904	77	7	626	19	1124	15	1363	19	573	12	573	5	273	0
1903	73	10	657	23	1208	15	1380	18	631	4	301	1	301	0
1902	76	19	719	19	1368	18	1432	16	613	12	325	3	325	2
1900	77	15	623	15	1617	29	1674	16	827	7	375	1	162	1
1899	86	8	795	20	1575	23	1857	25	882	7	446	2	174	0
1898	97	10	865	19	1551	29	2019	23	944	12	433	3	192	1
1897	94	4	962	31	1714	21	2211	22	1007	5	473	6	239	5
1896	104	9	1036	24	1825	27	2286	19	1012	19	536	3	262	3
1895	116	12	1051	27	1906	25	2327	31	1128	12	583	7	291	2
1894	117	11	1188	17	2009	32	2357	31	1215	14	556	10	299	1
Total	917	86	8522	216	16015	234	18906	220	8832	104	4301	42	2001	15

On voit par les tableaux qui précèdent que la mortalité par tuberculose se produit surtout de vingt à trente ans, qu'au-dessus de cinquante ans elle est beaucoup moins fréquente.

Il est un autre point intéressant qui consiste à rechercher le nombre des décès par rapport à la durée de la peine. Nous parlons toujours bien entendu des décès par tuberculose.

Les 917 (1) décès causés par la tuberculose dans les maisons centrales, c'est-à-dire dans les maisons soumises au régime en commun se répartissent de la façon suivante : pendant une période de dix ans (1894-1904).

287	décès de détenus accomplissant leur 2 ^e année
236	— — — 1 ^{re} année
186	— — — 3 ^e année
106	— — — 4 ^e année
61	— — — 5 ^e année

41 décès de détenus ayant accompli au moins cinq ans de détention.

Mais nous faisons ici la même remarque que précédemment ; ces nombres ne signifient rien si on ne les rapporte pas à la population moyenne. Qui signi-

1. On remarquera que ce nombre de 917 décès est supérieur à celui que nous avons trouvé au tableau de la page 45, et qui était de 812. Cela tient à ce fait que dans ce nombre de 917 sont comptés les décès survenus dans les maisons centrales de Gaillon, supprimée en 1901, de Landernau supprimée en 1899, d'Eysses supprimée en 1897 et d'Albertville également supprimée en 1897. Dans nos calculs précédents nous ne parlons que des maisons encore existantes.

fierait, en effet, qu'il y ait 61 décès de détenus accomplissant leur 5^e année de détention et 287 accomplissant leur 2^e année s'il y avait par exemple 2.000 détenus de la première catégorie et 500 seulement de la seconde.

Aussi avons-nous dans le tableau suivant calculé le nombre des décès par rapport à la population moyenne répartie selon la durée de la peine :



3^e année
2^e année
5^e année
4^e année
1^{re} année

Maisons Centrales

(RÉGIME EN COMMUN)

Décès par tuberculose classés suivant la durée de la captivité et par rapport à la population moyenne

1 ^{re} année	236	décès par tuberculose sur	26.364	détenus, soit	0,89	o/o
2 ^e année	287	—	—	21.231	—	1,35 o/o
3 ^e année	186	—	—	11.397	—	1,63 o/o
4 ^e année	106	—	—	8.058	—	1,315 o/o
5 ^e année	61	—	—	4.614	—	1,32 o/o

C'est pendant la troisième année de détention, c'est-à-dire parmi les détenus ayant déjà fait deux ans de prison que la mortalité par tuberculose est la plus élevée.

*Décès par tuberculose classés suivant la durée
de la peine et la population moyenne dans les maisons centrales*

(Régime en commun)

Années	1 ^{re} année de détention			2 ^e année de détention			3 ^e année de détention			4 ^e année de détention			5 ^e année de détention		
	Nombre de décès	Population moyenne	Proportion o/o	Nombre de décès	Population moyenne	Proportion o/o	Nombre de décès	Population moyenne	Proportion o/o	Nombre de décès	Population moyenne	Proportion o/o	Nombre de décès	Population moyenne	Proportion o/o
1894	26	3432	0.75	38	2781	1.36	26	1609	1.61	11	1035	1.06	12	565	2.12
1895	34	3353	1.01	42	2595	1.61	23	1220	1.88	12	1879	1.33	2	685	0.29
1896	21	3079	0.68	31	2404	1.28	21	1286	1.62	12	720	1.66	11	682	1.56
1897	26	3271	0.79	20	2271	0.88	21	1272	1.65	13	707	1.83	11	458	2.22
1898	26	2747	1.15	39	2102	2.23	22	1204	2.40	5	651	0.53	3	448	1.18
1899	28	2549	1.09	16	1945	0.84	14	1117	1.25	14	753	1.85	7	469	1.49
1900	22	2212	0.99	26	2070	1.25	13	1020	1.27	12	692	1.73	1	444	0.22
1902	17	2255	0.75	22	1672	1.31	18	913	1.97	10	537	1.86	2	253	0.79
1903	19	1729	1.09	26	1863	1.39	15	853	1.75	8	569	1.40	5	317	1.57
1904	17	1737	0.97	27	1528	1.76	13	903	1.44	9	515	1.74	7	293	2.38
Totaux	236	26364	0.89	237	21231	1.35	186	11387	1.63	106	8058	1.315	61	4614	1.32

De tout ce que nous venons d'exposer il résulte que dans les établissements de longues peines soumis au régime en commun (maisons centrales et pénitenciers agricoles) :

La mortalité générale est de 2,74 o/o par rapport à la population moyenne.

La mortalité par tuberculose avérée est de 1,16 o/o par rapport à la population moyenne.

La mortalité par tuberculose avérée est de 40,5 o/o par rapport à la mortalité générale.

Mais à notre avis ces nombres sont inférieurs à la réalité et nous croyons que :

La mortalité par tuberculose est de 1,42 o/o par rapport à la population moyenne.

La mortalité par tuberculose est de 50 o/o par rapport à la mortalité générale.

Encore nous croyons être au-dessous de la réalité.

Il est maintenant intéressant d'établir une comparaison avec les prisons cellulaires.

Dans ces derniers établissements, les détenus au lieu de vivre en commun sont isolés et ne peuvent communiquer entre eux, aussi la question s'est-elle posée depuis longtemps de savoir si les décès par tuberculose étaient plus nombreux en prison cellulaire qu'en maison centrale. En faveur de la prison cellulaire on fait valoir le peu de chances de contagion ; en faveur de la maison centrale la vie en com-

mun dans de vastes ateliers bien aérés. Il est difficile, en réalité, d'établir une bonne comparaison.

Les prisons cellulaires sont en général des maisons d'arrêt, c'est-à-dire des établissements dans lesquels sont subies les peines de courte durée pour des délits souvent insignifiants. Dans les maisons centrales, au contraire, se trouvent des détenus condamnés à de longues peines pour les délits en général qualifiés crime. Il s'ensuit que la population des maisons centrales est très spéciale et n'est plus la même que celle des maisons d'arrêt. Pour toutes ces raisons nous avons choisi la prison de Fresnes qui est la plus grande prison cellulaire existant en France comme terme de comparaison.

Dans cet important établissement, de nombreux détenus subissent des peines variant de un à cinq ans en vertu d'une autorisation donnée conformément à la loi de juillet 1875. De plus la population de la prison de Fresnes se recrutant surtout à Paris, il en résulte qu'elle est sensiblement la même que celle des maisons centrales. Pour toutes ces raisons il eut été intéressant d'étudier la mortalité par tuberculose à la prison de Fresnes pendant une période assez longue, depuis l'ouverture de la maison par exemple (1898). Malheureusement les documents que nous avons pu nous procurer sont moins précis que ceux concernant les maisons centrales. A Fresnes, en effet, se trouve l'infirmerie centrale des prisons de la Seine. C'est là que sont soignés tous les malades des prisons de Paris atteints d'une affection de

quelque gravité. Il s'ensuit que la plupart des décès de malades provenant des prisons de Paris se produisent à Fresnes. Or si nous avons pu facilement relever la mortalité par tuberculose à partir de 1901, en revanche il nous a été impossible d'établir quelle était l'origine des décédés sauf pour les années 1905, 1906 et 1907. Ce sont les moyennes de ces trois années qui nous serviront de comparaison dans le tableau qui suit :

Décès par tuberculose à la prison de Fresnes

(Régime cellulaire)

Années	Mortalité générale			Décès par tuberculose		
	Population moyenne	Décès par maladies diverses	o/o de la population moyenne	Décès par tuberculose	o/o par rapport à la population moyenne	o/o par rapport à la mortalité générale
1905	1.211	23	1,91 o/o	12	1 o/o	52,17 o/o
1906	1.212	25	2,06 o/o	17	1,40 o/o	68 o/o
1907	1.325	24	1,85 o/o	13	0,98 o/o	54 o/o
	3.748	72	1,92 o/o (moyenne)	42	1,12 o/o (moyenne)	58,33 o/o (moyenne)

Mortalité par maladies diverses (o/o par rapport à la population moyenne) 1,92 o/o.

Mortalité par tuberculose (o/o par rapport à la population moyenne) 1,12 o/o.

Mortalité par tuberculose (o/o par rapport à la mortalité générale) 58,33 o/o.

Mortalité comparée des maisons centrales

(Régime en commun et d'une grande prison soumise
au régime cellulaire individuel)

Mortalité générale (o/o de la population moyenne)		Mortalité par tuberculose o/o de la population moyenne	
Maisons centrales (Régime en commun)	Prison de Fresnes (Régime individuel)	Maisons centrales (Régime en commun)	Prison de Fresnes (Régime individuel)
2,74 o/o	1,92 o/o	1,16 o/o	1,12 o/o

On voit par ce qui précède que la mortalité par tuberculose rapportée à la population moyenne est à peu de chose près la même chez les détenus soumis au régime en commun des maisons centrales et chez les détenus soumis au régime individuel d'une grande prison hygiénique et bien installée comme la prison de Fresnes. La mortalité générale en revanche est sensiblement moins élevée à la prison de Fresnes que dans les maisons centrales. Cela tient moins, croyons-nous, aux bonnes conditions d'hygiène de la prison de Fresnes, qu'au régime plus doux qui y est appliqué et aussi à ce fait que les peines y sont sensiblement inférieures comme durée.

Si l'on tient compte que, d'après les statistiques établies par Brouardel, la mortalité par tuberculose en France est de 0,438 o/o de la population, on voit qu'on peut dire sans exagération que la mortalité par tuberculose dans les prisons est au moins trois fois plus élevée que dans la population libre.

DEUXIÈME PARTIE

La Vie du prisonnier

CHAPITRE III

On peut diviser en deux grandes catégories les détenus qui subissent une peine d'emprisonnement :

- 1° Ceux qui subissent leur peine en commun ;
- 2° Ceux qui subissent leur peine en régime cellulaire.

Actuellement il y a un troisième système qui est un système mixte : c'est le système dit *auburnien* qui consiste à mettre les prisonniers en commun le jour et en cellule la nuit.

Nous allons passer rapidement en revue la vie du détenu dans ces différents systèmes d'emprisonnement. Nous prendrons comme type de grande prison cellulaire la prison de Fresnes.

Aux termes de la loi, tout individu condamné à un an et un jour de prison ou à une peine moindre peut accomplir sa peine en régime cellulaire. Tout individu condamné à une peine supérieure doit accomplir cette peine en maison centrale, c'est-à-dire en

commun. Voilà la loi mais comme à toute loi il y a des dérogations, une autre loi (juillet 1875) permet au condamné à plus d'un an et un jour et à moins de cinq ans d'accomplir sa peine en régime cellulaire. Toutefois pour cela il doit être autorisé par le ministre de l'Intérieur après avis conforme du service médical indiquant que le requérant est d'une bonne constitution physique et que le régime cellulaire ne paraît pas devoir porter préjudice à sa santé. Il semblerait au premier abord que les requêtes de ce genre doivent être peu nombreuses et que le détenu condamné à une longue peine doive préférer l'accomplir en commun plutôt qu'en cellule. Il n'en est rien et voici pourquoi. Tout individu accomplissant une peine en régime cellulaire bénéficie, de droit, de la remise du quart de la peine lorsque celle-ci est supérieure à trois mois de prison. Il en résulte que le plus grand nombre des détenus s'appuyant sur la loi de 1875 demandent à accomplir leur peine en cellule pour bénéficier de la remise du quart et en général, ils l'obtiennent assez facilement. Prenons donc un prisonnier devant accomplir sa peine à Fresnes et suivons-le depuis son arrivée jusqu'à sa sortie.

Arrivé de Paris en voiture cellulaire, il est immédiatement conduit au greffe, où on le fait déshabiller et après lui avoir fait prendre un bain-douche, l'avoir soumis à l'anthropométrie, l'avoir fait raser et tondre il reçoit du linge et des habits propres **savoir :**

Une chemise,
Une cravate,
Un mouchoir,
Un pantalon,
Une veste,
Un gilet,
Un béret,
Des chaussures,
Des sabots,
Une serviette de toilette.

Le tout lui est livré en parfait état de propreté. Il est prévenu que son linge lui sera changé toutes les semaines et que si sa veste ou son pantalon sont percés, l'administration s'empressera de lui donner des habits neufs.

Nettoyé, habillé, numéroté, muni pour charmer ses loisirs d'un des 5.500 volumes qui se trouvent dans la bibliothèque mise à sa disposition, le détenu va être conduit à ses appartements c'est-à-dire à la cellule qu'il habitera désormais. Haute de 3 mètres, longue de 4 mètres, large de 2 m. 50, cette cellule dont un modèle figurait à l'exposition du congrès international de la tuberculose en 1905 en comparaison avec une chambre de bonne d'une maison bourgeoise des Champs-Élysées, est parfaitement éclairée par une large fenêtre munie en haut d'un vasistas que le détenu peut ouvrir ou fermer à volonté. Les angles sont soigneusement arrondis, les murs peints en blanc. On se croirait dans une salle d'opération modern-style. Sur l'un des côtés se trouve une cou-

chette de fer munie de sa literie, laquelle se compose : d'un traversin en paille, d'une couverture de laine en été, de deux ou trois en hiver, d'une paire de draps. Le lit et la literie peuvent se relever le long du mur. Dans un coin sur une étagère surmontant un portemanteau nous voyons une cuvette émaillée, une fourchette, un couteau, un gobelet, deux gamelles, une bouteille. Dans un autre coin se trouve une cuvette à siège en faïence émaillée servant de water-closets, lesquels munis d'un siphon et du système dit *tout à l'égout* ne répandent aucune odeur dans la cellule. Le long du mur qui fait face au lit se trouve une planchette servant de table et pouvant se rabattre ou se relever à volonté. Une chaise de bois non moins ripolinée que le reste de la cellule est scellée au mur par une chaîne. L'air de la cellule est renouvelé par un ventilateur à raison de 60 mètres cubes par heure. En hiver une bouche de chaleur maintient une température de 15 à 16 degrés.

Voilà notre homme dans son gîte, que va-t-il y faire ? Suivant la profession qu'il aura exercée auparavant, selon surtout qu'il aura ou n'aura pas déjà été en prison, l'administration lui donnera tel ou tel travail à accomplir, car plus heureux que beaucoup d'ouvriers, le prisonnier aussitôt arrivé a du travail assuré. Que va-t-il fabriquer ? Ce sera ou bien des ballons en papier qui ensuite illumineront une fête populaire ou de petits éventails que, redevenu camelot à sa sortie, il vendra peut-être à la terrasse des cafés. Il peut encore fabriquer des bourses en métal,

des agrafes, travailler au cannage des chaises, au papier de dentelles, à l'ébarbage du cuivre, aux sacs, aux plumes (deux industries qui ont l'inconvénient de soulever beaucoup de poussière). Suivant son habileté, il arrivera à gagner des sommes très variables sur lesquelles l'Etat retient 50 o/o pour l'entretien du détenu, verse 25 o/o au pécule qui lui sera remis à sa sortie et met immédiatement 25 o/o à sa disposition pour se payer des friandises, car si l'ordinaire de la maison lui semble insuffisant, notre homme peut acheter à la cantine et à très bon compte des produits de choix. Pour cela il n'a même pas besoin de se déranger, on passe prendre sa commande et sous la réserve qu'elle ne dépasse pas 0 fr. 60 par jour, il n'a qu'à commander pour être servi. Aussi se lève-t-il gaiement à six heures en été, à six heures et demi en hiver. Sa toilette faite, son lit plié, il se met à l'ouvrage assis devant sa petite tablette. Toute la journée il sera dans cette position en face d'un travail n'exigeant que le concours de quelques muscles du membre supérieur et cette quasi-immobilité n'est sûrement pas ce qu'il y a de plus hygiénique chez le détenu soumis au régime cellulaire. « Le mouvement, a dit Plutarque, est le plus grand ressort de la santé et celui qui croirait se la procurer par l'inaction serait aussi insensé que celui qui se condamnerait au silence pour perfectionner sa voix. » Or non seulement les muscles de la vie de relation sont condamnés au repos mais aussi les plus importants au point de vue de la con-

servation de l'individu : les muscles qui concourent à la respiration. En effet il suffit de voir travailler un prisonnier pour se rendre compte combien doit être imparfaite l'ampliation du thorax. Assis le plus souvent, il est obligé quelquefois pour remplir sa tâche de plier son corps de cent façons, de baisser la tête, de se placer dans une position où forcément la respiration se trouve gênée. En le voyant de temps en temps se redresser pour faire une inspiration, on s'aperçoit facilement qu'il cherche à prendre une provision de l'air qui lui fait défaut.

A 9 heures le matin, à 4 heures le soir son travail est interrompu par les repas. Pendant une heure matin et soir le détenu va remplacer sur sa table ses agrafes ou ses éventails par une gamelle qui est apportée à son guichet par le gardien distributeur. Si son repas dure moins d'une heure et il en est généralement ainsi, il peut consacrer à la lecture le temps qui lui reste jusqu'à la reprise du travail, à moins qu'il ne préfère se remettre à l'ouvrage immédiatement.

Pendant une heure encore il suspendra son travail pour aller à la promenade sous un préau cellulaire où toujours seul il tournera autour d'une courette de 9 mètres de long sur 5 mètres de large à moins qu'il ne préfère s'asseoir sur le banc de pierre qui s'y trouve et que mélancoliquement il contemple le gazon émaillé de quelques fleurettes qui tapisse la cour.

Trois fois par semaine pendant une heure il va

aussi à l'école où il entend en général une conférence sur l'alcoolisme ou sur un sujet de morale. Cette conférence comme les exercices religieux auxquels il assistera le dimanche s'il pratique son culte se fait dans la Chapelle-Ecole, vaste salle munie de gradins sur lesquels se trouve une série de petites cellules, sortes de cages en bois d'où l'on voit une foule de têtes regarder l'officiant ou le conférencier. Chaque détenu enfermé dans sa niche ne peut lui-même voir son voisin.

Le dimanche le détenu peut ne pas travailler et passer sa journée en lectures car depuis longtemps le repos hebdomadaire est observé dans les prisons.

Tous les jours s'il est malade ou s'il éprouve simplement le besoin de se promener un peu, il vient à la visite médicale où il est amené le matin à la file indienne et il attend face au mur son tour de comparaître devant le médecin. Pendant ce temps, il ne doit pas causer à ses voisins ni leur passer des billets ; s'il viole cette règle il risque quelques jours de cellule de punition. Dans ce dernier cas il sera conduit dans une cellule moins confortable que la sienne, moins éclairée, dans laquelle le parquet de bois est remplacé par du bitume et les murs gris et cimentés au lieu d'être peints au ripolin. Telle qu'elle est, cette cellule est encore loin de la paille humide des cachots et les détenus en prendraient vite leur parti si la couchette en fer n'était remplacée ici par un plan incliné et si la punition de cellule ne comportait un jour de pain sec sur quatre.

Si le même détenu fait sa peine en maison centrale sa vie ne sera plus la même à beaucoup près. Ce n'est plus dans une cellule mais dans un vaste atelier et en compagnie d'une soixantaine ou plus de co-détenus qu'il va accomplir sa tâche. Cette tâche, en général, ne sera pas non plus la même qu'en régime cellulaire et si certains détenus se livrent là encore à de petits travaux tels que fabrique de brosses, de chaussures, de boutons, d'autres font des matelas, des lits de fer ou des travaux encore plus importants. Dans ces conditions le détenu de maison centrale a déjà plus d'exercice que le détenu cellulaire. Si ses habits, son linge de corps sont les mêmes que ceux du détenu cellulaire, en revanche il se lève plus tôt à 5 h. 45 en été, et 6 heures en hiver ; il a 5 heures d'école par semaine, il couche dans un dortoir (à moins que le système auburnien ne soit pratiqué) et s'il a la même literie, il a en plus un crachoir individuel et un vase de nuit. De plus la promenade se fait à la file indienne non plus dans un préau cellulaire mais dans de vastes cours. Durant la promenade les ateliers sont vides et largement ventilés : il en est de même des dortoirs pendant les heures de travail. Comme le détenu cellulaire, le détenu de maison centrale reçoit un bain douche tous les mois.

Voici l'emploi du temps :

Lever en été à.....	5 h. 45
— en hiver à.....	6 heures

Aussitôt après, promenade jusqu'à l'entrée de l'atelier qui a lieu une demi-heure après le lever.

Travail jusqu'à.....	9 heures
Repas du matin.....	9 heures à 9 heures 1/2
Promenade ou école....	9 h. 1/2 à 10 heures
Travail d'atelier.....	10 heures à midi
Repos.....	de midi à midi 1/4
Travail d'atelier.....	de midi 1/4 à 4 heures
Repas du soir.....	4 heures à 4 h. 1/2
Promenade.....	4 h. 1/2 à 5 heures
Travail d'atelier.....	de 5 heures au coucher

Le coucher à lieu à 9 heures du 1^{er} mai au 30 septembre et à 8 heures pendant le reste de l'année. Le Dimanche le lever a lieu plus tard, le coucher plus tôt. Ce jour là il n'y a pas de travail. Le temps est employé aux exercices religieux (facultatifs), aux repas, à la promenade, à des lectures à haute voix ou personnelles.

Voilà dans quelles conditions matérielles le détenu accomplit sa peine ; dans quelles conditions morales se trouve-t-il ? A-t-il des remords ?

C'est une question que nous nous sommes souvent posée et à laquelle nous croyons pouvoir répondre en général par la négative. Certes on trouve en prison des détenus qui s'ennuient et se neurasthénisent, mais cela tient plus à leur idiosyncrasie qu'au régime auquel ils sont soumis. Il serait du reste extraordinaire que tout prisonnier fût exempt de soucis car

dans la vie libre les honnêtes gens n'ayant rien à se reprocher et qui sont cependant portés à la mélancolie ne sont pas rares, mais bien peu nombreux sont les détenus qui regrettent d'avoir commis le délit qui les a amenés en prison. Il suffit d'avoir causé avec des prisonniers, de les avoir vu dormir pour voir quelle tranquillité d'esprit, quelle absence de toute inquiétude ils ont en prison. Bien plus il semble que le régime pénitentiaire même contribue à leur ôter tout tourment. Voici ce qu'a écrit à ce sujet un avocat du barreau de Rouen (1) :

« Il n'est plus rare maintenant de voir des inculpés qui avouent n'avoir commis le fait à l'occasion duquel on les poursuit que dans l'espoir d'obtenir une peine particulière après laquelle ils aspirent. Tel à l'approche de la saison rigoureuse se livre à un délit insignifiant et implore de la clémence des juges un emprisonnement confortable qui le conduira jusqu'au retour du printemps ; tel choisit avec soin le lieu de son délit afin d'être envoyé dans la prison où il sait qu'il retrouvera des amis de son choix.

« Le prisonnier devient un objet de sollicitude publique. A l'abri des murs protecteurs où la rigueur des hommes l'enferme pour un temps, quels soins ! Grâce aux précautions prises les hivers rigoureux lui seront éléments et les étés favorables ; un travail

1. O. Marais. *Journal de Rouen*, in Merry Delabots.
« Le régime alimentaire des prisonniers. »

facile l'occupe sans le fatiguer ; le prisonnier y trouve même le moyen d'amasser un petit pécule ; est-il souffrant, les remèdes les plus dispendieux ne lui sont pas marchandés et sa précieuse personne reçoit les soins des meilleurs médecins de la ville. Il faut bien reconnaître que la prison en de telles conditions perd toute apparence de rigueur. L'homme qui y sera entré une fois et dont par conséquent la réputation n'a plus guère à souffrir d'une chute nouvelle considérera sans aucun effroi la perspective de passer quelque temps dans une maison où l'Etat pratique à son égard une hospitalité aussi généreuse. »

Après ce que nous venons de dire de la vie du détenu, il semble qu'au point de vue matériel aussi bien qu'au point de vue moral il réalise les meilleures conditions. Quelles sont donc les causes qui le font devenir tuberculeux ?

Elles sont évidemment de deux sortes : les unes *intrinsèques*, les autres *extrinsèques*.

Les causes *intrinsèques* sont la constitution du détenu, l'hérédité, les habitudes vicieuses ; les causes *extrinsèques* sont les conditions extérieures d'habitation, d'alimentation, de travail, etc.

La population des prisons se compose en général du rebut de la société, c'est-à-dire de gens chez qui la syphilis, l'alcoolisme ont déjà exercé leurs ravages. Ajoutez à cela une hérédité morbide chez la plupart d'entre eux et l'on comprendra facilement quel ter-

rain favorable offrent les détenus au développement des maladies et cela dès leur entrée en prison.

Il faut voir les jeunes gens chétifs, à la figure glabre, aux membres frêles, au thorax peu développé qui peuplent les prisons parisiennes pour comprendre l'effroyable mortalité par tuberculose dans ces prisons.

Si l'on tient compte aussi de leurs habitudes vicieuses on comprendra que l'organisme ne résiste pas en dépit de l'hygiène la plus rationnelle et la mieux comprise. C'est qu'en effet l'onanisme et la pédérastie se pratiquent sur une vaste échelle dans les prisons. L'onanisme est surtout le vice des prisons cellulaires et la plupart du temps les détenus, loin de s'en cacher, s'en vantent comme d'un passe-temps agréable et un grand nombre s'adonnent avec fureur à leur vice dont les effets se font sentir à bref délai, souvent même avant que le régime de la prison ait eu le temps d'agir.

Dans les maisons où le régime en commun est en vigueur, c'est la pédérastie qui est principalement en honneur et tous les employés pénitentiaires savent qu'il existe de véritables couples dans les maisons centrales.

Quant aux causes *extrinsèques* elles varient forcément avec les différentes prisons, qui peuvent se trouver plus ou moins bien situées, dans des climats humides ou malsains avec des cellules plus ou moins éclairées. Nous avons déjà vu que le prisonnier de Fresnes n'a pas grand chose à désirer sous

le rapport de l'habitat. Il a une cellule située à l'est où à l'ouest, bien éclairée et construite de façon telle que l'humidité ni le froid ne peuvent parvenir jusqu'à lui. Des différentes industries auxquelles il peut être appelé à travailler, l'industrie des plumes est peut être la seule qui, par les poussières qu'elle produit laisserait à désirer, et encore nous devons dire ici que nous n'avons pas remarqué que ceux qui y travaillent soient plus assujettis que les autres détenus aux affections des voies respiratoires. La fabrication des sacs a également l'inconvénient de produire beaucoup de poussière. L'ébarbage du cuivre n'est pas très propre non plus et amène un érythème des bourses chez les détenus qui n'observent pas une stricte propreté, mais cette industrie ne nous paraît pas prédisposer d'une façon particulière à la tuberculose.

Nous savons déjà que les cellules occupées par les malades sont désinfectées. Toutes les cellules sont du reste tenues avec la plus grande propreté et inondées de lumière. Cependant, un certain nombre de détenus entrent en état de santé et deviennent rapidement tuberculeux.

Deux hypothèses sont à envisager : le régime cellulaire peut réveiller une tuberculose latente ou bien le détenu contracte sa tuberculose de toutes pièces.

C'est qu'en effet, quelle que soit la rigueur de l'hygiène dans les prisons, il est bien difficile que l'individu qui offre un terrain favorable ne trouve pas l'occasion de se contagionner. D'abord un certain nombre de gardiens de prison peuvent être eux-

mêmes tuberculeux. Nous ne croyons pas qu'il y ait là une cause bien fréquente de contamination ; les gardiens de prison sont en général des gens robustes et bien portants, ensuite ils n'entrent que bien peu dans les cellules de détenus. Les contre-maîtres civils ont eux aussi à entrer dans les cellules pour vérifier le travail des détenus mais ils n'y séjournent pas et doivent du reste suivre les règles d'hygiène qui sont prescrites par les règlements. Les détenus pourraient peut-être dans une certaine mesure accuser la Chapelle-Ecole d'être une cause de contagion. Les espèces de cabanons étroits et obscurs où sont enfermés les détenus sont des nids à microbes, et nous ne croyons pas qu'aucune mesure de désinfection soit prise pour éviter la contagion. Les voitures cellulaires, les wagons servant au transfèrement peuvent être incriminés ainsi que les livres mis à la disposition des détenus. Les ustensiles servant aux repas (fourchettes, cuillers, gamelles) présentent des garanties suffisantes, car outre qu'ils sont bien nettoyés, ces objets sont en général étamés avant d'être donnés au détenu. Nous croyons donc que les risques de contagion sont réduits au minimum, et qu'en somme le détenu soumis au régime cellulaire court moins de risques de contagion pendant sa détention que dans la vie libre ; aussi croyons-nous que l'effroyable mortalité par tuberculose tient à une autre cause qu'à la contamination.

Du reste il est à remarquer que dans les maisons

centrales la mortalité par tuberculose n'est pas très supérieure à la mortalité dans les prisons cellulaires. Or dans les maisons centrales il va de soi que la vie en commun dans les ateliers, dans les dortoirs, expose davantage à la contamination que dans les prisons cellulaires où les causes de contagion sont, nous l'avons dit, réduites au minimum.

D'autre part, il est un fait assez frappant qui est celui-ci : il n'est pas rare de trouver dans les prisons cellulaires des individus ayant accompli de longues peines et présentant toutes les apparences d'une bonne santé. Si l'on interroge ces détenus, on apprend invariablement qu'ils n'ont jamais été malades, que leurs parents sont encore vivants et qu'ils ne présentent aucun antécédent héréditaire ou pathologique. Cela ne tendrait-il pas à prouver que le régime cellulaire agit surtout en donnant un coup de fouet à la diathèse, mais qu'il est incapable par lui-même de l'engendrer. C'est l'avis du D^r Chipier, ancien interne de l'infirmerie centrale des prisons de la Seine qui dans un travail remarquable sur la cachexie dans les prisons s'exprime ainsi (1) : « Nous avons dit quels déchets sociaux peuplent les prisons de la Seine. Il s'ensuit forcément qu'aussitôt soumis à un régime dans lequel il va manquer d'exercice, respirer difficilement, avoir une nourriture correspondant au strict minimum, le détenu présentant une tare quelconque ne

1. D^r Chipier. *La cachexie des prisons.*

tardera pas à la voir croître et embellir. Mais ce même régime, cet état de vie ralentie, impropre à l'individu en puissance de tuberculose, sera supporté par l'individu sain, dont tous les organes fonctionnent bien et sont pour ainsi dire en état d'équilibre parfait.

Des recherches expérimentales ont été faites dans le but de déterminer l'influence du régime pénitentiaire sur l'organisme des individus. M. le Dr Lefas, préparateur à la Faculté de médecine de Paris a pratiqué des examens hématologiques chez un certain nombre de détenus de la prison de Fresnes, détenus soumis au régime cellulaire et chez des détenus de la maison centrale de Melun, soumis au régime en commun. Ces examens ont été pratiqués à la même heure, entre 9 heures et 10 heures du matin, avec le même compte-globules (Malassez-Dumaige) sur du sang prélevé par le Dr Lefilliatre à l'aide de piqûres faites à la face dorsale de la dernière phalange. Ces examens ont été pratiqués sur vingt détenus, soumis au régime en commun depuis un temps variant de quatorze mois à cinq ans, et sur 60 détenus soumis depuis un temps variable au régime cellulaire (1). Ces examens ont montré qu'il n'existait pas d'anémie proprement dite chez les individus détenus depuis plusieurs années, soit dans les maisons centrales, soit dans les prisons cellulaires proprement dites. En

1. Cornil. Note à l'Académie de Médecine sur l'anémie dite des prisons par le Dr Lefas. *Bulletin de l'Académie*. Séance du 25 juin 1907.

revanche, chez ces derniers, on constate au bout d'un certain temps de claustration une modification de la formule leucocytaire, modification qui du reste ne s'accompagne pas de leucocytose : cette modification consiste en une augmentation du chiffre des lymphocytes, augmentation qui se fait aux dépens des polynucléaires neutrophiles.

Ne faut-il pas voir dans cette modification de la formule leucocytaire chez les détenus soumis au régime cellulaire l'explication de cette remarque que nous avons faite plus haut, à savoir que les décès par tuberculose sont presque aussi fréquents dans les prisons cellulaires où les risques de contagion sont nuls, que dans les maisons en commun ; fait d'autant plus remarquable que les détenus faisant de longues peines dans les prisons cellulaires sont des individus sélectionnés, puisqu'ils ont été autorisés à subir le régime cellulaire après avis conforme du service médical. C'est pour ces raisons que sans nier qu'il soit possible de contracter la tuberculose en prison, nous dirons que le régime cellulaire aggrave surtout la maladie en préparant le terrain favorable au développement de l'infection.

Un autre fait montre que la contagion n'est pas la principale cause de la mortalité par tuberculose, même dans les prisons en commun : Si la contagion était la règle, un détenu ayant accompli 5 ans de prison aurait couru deux fois plus de chances de se contagionner qu'un détenu ayant accompli deux ans et demi et 5 fois plus qu'un détenu ayant accom-

pli une seule année. Il s'ensuit que logiquement la mortalité par tuberculose devrait-être d'autant plus forte que la peine subie est plus longue. Or il n'en est rien. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les tableaux des décès par tuberculose dans les maisons centrales (chapitre II) classés suivant la durée de la peine pour voir que la mortalité est moins forte pendant la 4^e et la 5^e année de détention que pendant la 2^e et la 3^e. A la vérité, on voit aussi que la mortalité est beaucoup moins forte pendant la première année de détention, mais cela n'a rien qui puisse surprendre, car cette mortalité est calculée d'après la population moyenne et dans cette population sont comptés les détenus n'ayant encore accompli que quelques jours de prison, c'est-à-dire sur lesquels l'influence de la détention n'a pas encore eu le temps de se faire sentir.

Il est un autre point sur lequel on a attiré l'attention : c'est le degré de virulence du bacille de Koch. Callnettes a montré en France l'importance de cet élément. Plusieurs faits sembleraient prouver qu'il joue un rôle dans la tuberculose des prisons.

D'abord un certain nombre de détenus tuberculeux guérissent spontanément sans avoir subi aucun traitement. Ainsi, au pénitencier de Kaiserslautern à Munich (1), sur 62 détenus qui présentaient des signes de tuberculose au moment de leur entrée, 13 n'ont

1. D^r Kolb, Médecin du pénitencier de Kaiserslautern. *Bulletin de la commission pénitentiaire internationale*, 1905. Livraison 4.

pas eu besoin de traitement et 3 seulement sont morts dans l'établissement. D'autre part l'importance du rôle joué par le bacille tuberculeux paraît démontré par l'apparition de véritables épidémies de tuberculose. Nous empruntons au D^r Kolb (1) l'exemple suivant : Au pénitencier de Kaiserslautern à Munich la tuberculose avait toujours été endémique, mais la mortalité s'était maintenue pendant les années 1866-1871 à 2 0/0 de la population moyenne. Elle monta les années suivantes à 2,9 0/0 et 3,5 0/0 pour retomber à 2,4 et au-dessous. Cette élévation de la mortalité tuberculeuse est attribuée par le D^r Kolb aux transports qui eurent lieu à la même époque et au cours desquels 246 femmes furent transférées d'un pénitencier de la Bavière transrhénane à Kaiserslautern ; c'est à la suite de ces transports que l'on vit la mortalité tuberculeuse s'élever d'abord dans la division des femmes où elle fut plus que doublée, puis dans la division des hommes où elle doubla presque. Comme le régime de la prison était resté le même, de même que la qualité, si l'on peut s'exprimer ainsi, des individus incarcérés, on ne peut, dit le D^r Kolb, incriminer ici que la quantité de bacilles tuberculeux, et surtout la virulence plus élevée des bacilles importés, puisque aussi bien ces micro-organismes existaient déjà auparavant dans l'établissement et que leur nombre avait seulement augmenté. Cette explication s'accorde avec le fait que, à partir du moment

1. *Ibid.*

où l'on ne transféra plus autant de malades à Kaiserslautern la mortalité s'abaisse et finit par tomber à un degré plus bas qu'auparavant. Le Dr Keesbacher arrive à des conclusions analogues sur le degré de virulence du bacille dans un travail sur le pénitencier de Laibach.

Une autre épidémie qui eut lieu au pénitencier de Lichtenau semblerait démontrer que là aussi la virulence du bacille de Koch devrait être mise en cause.

Malgré tous ces faits nous répétons ici ce que nous avons dit plus haut. Nous croyons que dans la tuberculose des prisonniers, la question de terrain prime toutes les autres, que le régime des prisons agit surtout en préparant le terrain à la maladie, que la contagion et le degré de virulence du bacille peuvent assurément jouer un certain rôle, mais que ce rôle n'est que secondaire. Nous ajouterons que le régime cellulaire, bien supporté par les gens robuste amoindrit assez rapidement la résistance de l'organisme et nous concluons en disant : Malheur à celui qui doit accomplir une longue peine dans une prison s'il ne jouit pas à son arrivée de tous les attributs d'une bonne santé.

CHAPITRE IV

L'alimentation des prisonniers

La question de l'alimentation des prisonniers fut posée et longuement discutée pour la première fois au congrès international pénitentiaire de Rome en 1885. Elle avait été posée sous la forme suivante : Sur quels principes devrait être basée l'alimentation des détenus au point de vue hygiénique et pénitentiaire (1) ? De nombreux savants prirent part à la discussion. Nous citerons parmi eux les professeurs Voit et Moleschott. Le rapport fut confié aux Dr^s Bosany et Merry-Delabost. Le congrès adopta leurs conclusions qui furent les suivantes :

« Les principes qui doivent servir de base à l'alimentation des détenus, au point de vue hygiénique et pénitentiaire, sont au nombre de deux : l'un philosophique, l'autre scientifique. Le principe philoso-

1. Congrès pénitentiaire international de Rome en 1885. Séance du lundi 23 novembre 1886, troisième question.

phique vient d'être exposé dans les considérations générales du rapport. Quant au principe scientifique, il repose sur les trois données physiologiques suivantes corroborées par l'expérience :

1° Le détenu en état de santé, sans travail, doit prendre un minimum d'alimentation nécessaire et suffisant que l'on désigne en physiologie sous le nom de *ration d'entretien*. Cette ration est représentée par un ensemble de substances alimentaires convenablement choisies et variées, en rapport avec le climat, les usages des divers pays, et dans lesquelles il sera utile de faire figurer la viande ;

2° Pour que l'alimentation réponde aux besoins physiologiques, la proportion des substances albuminoïdes ou azotées par rapport aux substances ternaires ou non azotées peut osciller entre $1/3$ ou $1/6,5$ mais elle ne doit pas s'écarter de ces rapports soit en plus, soit en moins d'une manière durable.

Régime alimentaire dans les prisons. — Nous allons rechercher si la nourriture des détenus dans les prisons cellulaires répond aux principes édictés par le congrès de Rome. Nous verrons d'abord quelle est la *ration d'entretien* fournie au prisonnier par l'administration pénitentiaire, et ensuite quel est le complément de cette ration acquise par le détenu sur le produit de son travail. Ayant ensuite décomposé ces rations en leurs principes nutritifs, c'est-à-dire en albumines, graisses et hydrates de carbone nous rechercherons la proportion de substances azotées par rapport aux substances ternaires. Nous

nous inspirerons ici d'un travail que nous avons déjà publié sur le même sujet (1).

Le régime des détenus valides est le suivant :

Régime des détenus valides

<i>Dimanche</i>	<i>Lundi</i>	<i>Mardi et Vendredi</i>
Matin —	Matin —	Matin —
Soupe grasse	Soupe maigre	Soupe maigre
—	—	—
Soir —	Soir —	Soir —
Viande et pommes de terre	Pitance de haricots	Pitance de pommes de terre
—	—	—
Pain	Pain	Pain
Ces aliments se décom- posent en :	Ces aliments se décom- posent en :	Ces aliments se décom- posent en :
Viande de bœuf..... 200 gr.	Haricots... 120 gr.	Pommes de terre.... 300 gr.
Pommes de terre..... 300 gr.	Légumes frais.... 80 gr.	Légumes frais.... 130 gr.
Légumes frais épluchés (choux, na- vets, carot- tes)..... 10 gr.	Riz..... 10 gr.	Riz..... 10 gr.
Oignons..... 20 gr.	Graisse.... $6 + 6,50 = 12 \text{ gr. } 50$	Graisse.... $6 + 6,50 = 12 \text{ gr. } 50$
Graisse..... 4 gr.	Oignons... 10 gr.	Oignons... 10 gr.
—	—	—
Pain..... 850 gr.	Pain..... 850 gr.	Pain..... 850 gr.

1. Marguery et Meuvret. « Le régime alimentaire dans les prisons cellu-
laire. » *Bulletin des Sciences pharmacologiques*, janvier 1907.

Régime des détenus valides (suite)

<i>Mercredi</i>	<i>Jeudi</i>	<i>Samedi</i>
Matin —	Matin —	Matin —
Soupe maigre	Soupe grasse	Soupe maigre
—	—	—
Soir —	Soir —	Soir —
Pitance de lentilles	Viande et riz	Pitance de pois cassés
—	—	—
Pain	Pain	Pain
Ces aliments se décomposent en :	Ces aliments se décomposent en :	Ces aliments se décomposent en :
Lentilles .. 120 gr.	Viande..... 200 gr.	Pois cassés. 120 gr.
Légumes frais..... 80 gr.	Légumes frais. 10 gr.	Légumes frais..... 80 gr.
Riz 10 gr.	Riz..... 90 gr.	Riz..... 10 gr.
Graisse.... 6 + 6,50 = 12 gr. 50	Oignons..... 20 gr.	Graisse.... 6 + 6,50 = 12 gr. 50
Oignons... 10 gr.	Graisse..... 4 gr.	Oignons... 10 gr.
—	—	—
Pain 850 gr.	Pain..... 850 gr.	Pain..... 840 gr.

Ces aliments donnent par jour moyen les quantités suivantes :

	Pain	Viande	Légumes frais	Oignons	Graisse	Riz	Haricots	Pommes de terre	Lentilles	Pois cassés
Dimanche	850	200	10	20	4	»	»	300		
Lundi	850		180	10	12,50	10	120			
Mardi	850		130	10	12,50	10		300		
Mercredi	850		180	10	12,50	10			120	
Jeudi	850	200	10	20	4	90				
Vendredi	850		130	10	12,50	10		300		
Samedi	850		180	10	12,50	10				120
Total :	5.950	400	820	90	70,50	140	120	900	120	120
par jour moyen	850	57,14	117,14	12,85	10,07	20	17,14	128,57	17,14	17,14

Ces aliments contiennent par jour moyen

	Poids à l'état frais	Albuminoïdes	Graisses	Hydrates de carbone
Pain	850 gr.	60 gr. 01	3 gr. 91	446 gr. 76
Légumes frais...	117 14	1 80	0 24	9 74
Pommes de terre.	128 57	1 67	0 12	25 71
Viande.....	57 14	11 96	3 09	
Riz	20	1 34		15 69
Légumes secs...	51 42	12 12	1 00	28 58
Oignons	12 85			1 75
Graisses	10		9 19	
Total....		88 gr. 90	17 gr. 55	528 gr. 23

Il résulte des tableaux qui précèdent que la ration d'entretien d'un détenu soumis au régime cellulaire contient :

Matières albuminoïdes.....	88 gr. 90
Graisses.....	17 gr. 55
Hydrates de carbone.....	528 gr. 23

Voyons maintenant quelle est la valeur de ces aliments au point de vue calorique.

Rubner donne les nombres suivants :

1 gramme d'albumine fournit	4 cal. 1
1 gramme de graisse fournit	9 cal. 3
1 gramme hydrates de carbone	
fournit.....	4 cal. 1

Atwater donne des nombres inférieurs

1 gramme d'albumine fournit	3 cal. 68
1 gramme de graisse fournit	8 cal. 65
1 gramme d'hydrates de carbone	
fournit.....	3 cal. 88

Il y a lieu d'observer qu'une partie des principes nutritifs passe dans les selles : c'est ce qu'on a appelé le coefficient de digestibilité.

Pour nous rapprocher le plus possible de la vérité et avoir exactement les nombres utilisables nous avons adopté ceux d'Atwater et nous avons trouvé :

Albuminoïdes.....	88 gr. 90	$\times 3.68 =$	327 cal. 1520
Graisses.....	17 gr. 55	$\times 8.65 =$	151 cal. 8075
Hydrates de car-			
bone.....	528 gr. 23	$\times 3.88 =$	2.049 cal. 2808
Total.....			2.528 cal. 2303

2528 calories, voilà l'équivalent calorique utilisable de *la ration d'entretien* fournie par l'Administration pénitentiaire à tout prisonnier soumis au régime cellulaire. C'est ce que le Dr Merry-Delabost appelle la ration d'entretien. Voyons maintenant ce que le détenu peut se procurer à ses frais à la cantine (*ration de travail*).

Cantine des détenus

Les prisonniers peuvent acheter à leurs frais jusqu'à concurrence de 0 fr. 60 par jour les aliments suivants :

Lundi				Mardi			
Matin		Soir		Matin		Soir	
Café	Oeufs	Salade de pom-		Café	Oeufs	Ordinaire compre-	
Pain	Gruyère	mes de terre		Pain	Beurre		
Lait	Marmelade	comprenant :		Lait	Bondons	Bœuf cru...	125 gr.
Jambon	Régisse	Pommes		Jambon	Figues	Légumes	
Fromage	bois	de terre. 300gr.		Fromage	Oignons	frais.....	40gr.
d'Italie	Régisse	Oignons. 50gr.		d'Italie	Pommes	Sel	
Fromage	noir	Huile... 20gr.		Fromage	à l'eau	Poivre	{ q. s.
de cochon	Harengs	Vinaigre. 20gr.		de cochon	Sardines		
Cervelas	fumés	Sel		Cervelas			
Vin	Sardines	Poivre	{ q. s.	Vin			
Mercredi				Jeudi			
Matin		Soir		Matin		Soir	
Café	Oeufs	Ragoût de mou-		Café	Oeufs	Ragoût de veau	
Pain	Gruyère	ton		Pain	Bondons		
Lait	Marmelade	Viande		Lait	Figues	Viande crue.	125 gr.
Jambon	Hareng	crue.... 125 gr.		Jambon	Régisse	Pommes de	
Fromage	Sardines	Haricots		Fromage	bois	terre	200gr.
d'Italie		blancs.. 150gr.		d'Italie	Régisse	Oignons...	10 gr.
Fromage		Oignons. 10gr.		Fromage	noir	Saindoux..	10 gr.
de cochon		Saindoux 10gr.		de cochon	Beurre	Sel	{ q. s.
Cervelas		Sel		Cervelas	Sardines	Poivre	{ q. s.
Vin		Poivre	{ q. s.	Vin			
Vendredi				Samedi			
Matin		Soir		Matin		Soir	
Café	Gruyère	Macaroni. 100gr.		Café	Oeufs	Salades de pommes	
Pain	Marmelade	Beurre... 20gr.		Pain	Marme-		
Lait	Harengs	Gruyère. 25gr.		Lait	lade	Pommes de	
Jambon	marines	Sel		Jambon	Sucre	terre	300gr.
Fromage	Hareng. 1	Poivre	{ q. s.	Fromage	Sel	Oignons...	50gr.
d'Italie	Huile. 10gr.			d'Italie	Poivre	Huile.....	20gr.
Fromage	Vinaigre			Fromage	Sardines	Vinaigre...	20gr.
de cochon	10 gr.			de cochon		Sel	
Cervelas	Oignons			Cervelas		Poivre	{ q. s.
Vin	10 gr.			Vin			
Dimanche				Cantine réservée aux prévenus			
Matin		Soir					
Café	Vin	Harengs	Ragoût	Pain blanc	Beurre	Oeufs..	2
Pain	Oeufs	Sardines		Vin	Omelettes	Beurre.	10 gr.
Lait	Gruyère		Mouton	Chocolat			
Jambon	Beurre		crû..... 125 gr.	Biftecks			
Fromage	Boudin		Haricots.. 150 gr.	Côtelettes			
d'Italie	Figues		Oignons.. 10gr.	Oeufs			
Cervelas			Saindoux. 10gr.				
			Sel				
			Poivre				
			{ q.s.				

La nourriture prise à la cantine par chaque détenu peut varier comme on le voit au tableau précédent ; certains détenus n'en prennent pas (ils sont très peu nombreux). Ce sont, en général, des détenus qui viennent d'arriver en prison et qui n'ont pas encore d'argent au pécule disponible (1). Donc presque tous les détenus achètent de la nourriture à la cantine. Pour savoir ce qu'un détenu achète par jour, nous avons pensé que le mieux était de prendre une moyenne et nous avons fait le calcul suivant :

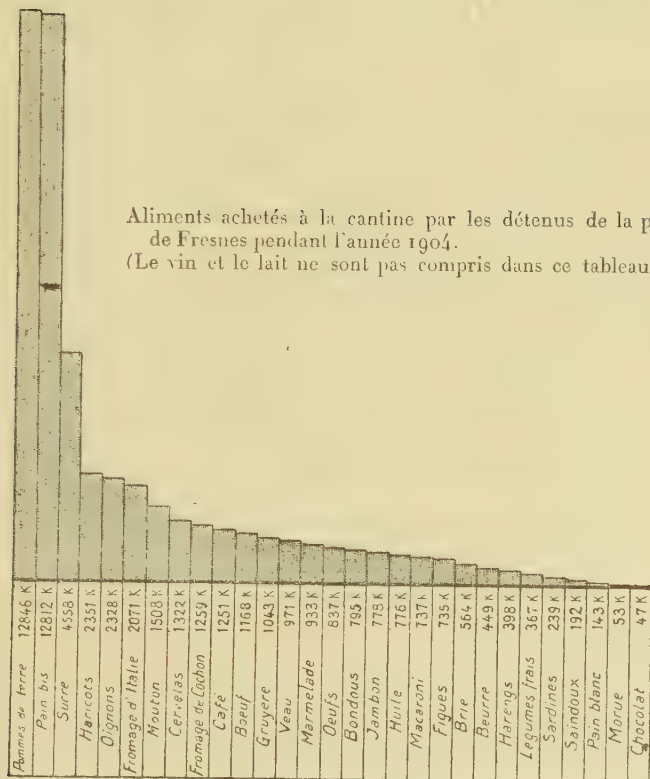
Connaissant les aliments consommés à la cantine pendant un an (1904), nous les avons décomposés en leurs principes nutritifs, c'est-à-dire en graisses, albuminoïdes et hydrates de carbone (voir tableau). Ce calcul fait, nous avons divisé les nombres obtenus par le nombre de journées de détention pendant la même année et nous avons eu ainsi ce qu'un détenu consomme à la cantine par jour moyen. Nous croyons être arrivé très près de la vérité (on sait que par un procédé analogue M. Richet a déterminé l'alimentation d'un Parisien par jour moyen). Faisons tout de suite observer que les nombres ainsi obtenus étant une moyenne sont inférieurs à ce que le détenu a réellement le droit de consommer.

1. Le pécule disponible est l'argent dont le détenu peut disposer immédiatement. Le pécule réserve est l'argent qui lui est remis au moment de sa libération.

Aliments consommés à la cantine en 1904

	Quantités	Albuminoïdes	Graisses	Hydrates de carbone
	Kilos	Kilos	Kilos	Kilos
Pain bis	12.812,250	728,828	589,36	6.014,070
Pain blanc	143,250	10,113	0,659	75,292
Bœuf	1.168,250	244,862	63,203	5,374
Légumés frais	367,044	5,285	0,771	30,538
Veau	971,125	192,865	71,960	63,982
Pommes de terre	12.846,000	166,998	19,269	2.59,200
Oignons	2.327,830	36,810	2,328	318,680
Saindoux	192,690	0,600	190,840	» »
Mouton	1.508,400	263,970	259,294	5,279
Haricots	2.351,900	555,048	46,097	1.307,656
Huile	775,880	» »	768,121	» »
Beurre	449,415	3,595	388,304	0,809
Poivre	23,150	0,463	» »	» »
Sardines	239,400	40,028	31,026	3,735
Chocolat	46,600	2,880	9,795	25,350
Fromage-Bondons	795,300	165,263	267,221	34,039
Cervelas	1.322,090	266,533	326,160	24,670
Harengs	398,250	75,269	67,264	6,221
Sucre	4.558,000	» »	» »	4.535,210
Marmelade	93300,0	» »	» »	632,761
Macaroni	736,900	79,954	40,529	525,775
Figues	734,700	29,021	6,612	365,807
Œufs	836,900	102,031	101,349	4,645
Lait	27.564,000	1.008,842	997,817	1.234,867
Gruyère	1.042,705	307,494	310,205	38,163
Brie	563,600	106,915	145,803	26,320
Fromage-Cochon	1.259,000	259,858	282,771	5,567
Fromage-Italie	2.071,000	314,906	443,969	773,799
Jambon	777,950	124,316	264,659	3,112
Morue	53,300	43,460	0,394	0,831
Vin		Voir plus bas		
Café	1.251,490	39,046	» »	164,446
Régisse noir	43,520	» »	» »	34,816
Total :		5.1782,53	5.165,356	18.771,014

Aliments achetés à la cantine par les détenus de la prison
de Fresnes pendant l'année 1904.
(Le vin et le lait ne sont pas compris dans ce tableau.)



Ces aliments fournissent d'après Atwater :

Albuminoïdes..	5178 kg. 253	$\times 3,68 =$	19.055.971 cal. 84
Graisses.....	5165 kg. 356	$\times 8,65 =$	44.680.329 cal. 40
Hydrates de car-			
bone.....	18771 kg. 014	$\times 3,88 =$	72.831.534 cal. 32
Total.....			136.567.835 cal. 56

Il faut ajouter à ce tableau 50445 litres 350 de vin qui fournissent (1) d'après M. Armand Gautier 30.267.210 calories ce qui donne au total : 136.567.835 cal. 56 + 30.267.210 cal. = 166.835.045 cal. 56 pour 464.014 journées de détention ce qui donne par jour moyen 166.835.045 cal : 464.014 = 359 cal. 54 soit 360 calories qui ajoutées à la ration d'entretien de 2.528 calories fournies par la nourriture ordinaire du prisonnier donnent un total de 2.528 + 360 = 2.888 calories pour la ration de travail.

En résumé voici quelle est la nourriture par jour moyen d'un prisonnier soumis au régime cellulaire.

1. Vin moyen d'après M. Armand Gautier (*L'alimentation et les régimes* 2^e édition page 347).

Alcool	80 gr. dégageant	566 calories
Glycérine	6 gr.	25 cal. 8
Sucres réducteurs	5 gr.	6 cal.
Gommes, dextrine	1 gr. 5	4,2
Crème de tartre	2 gr.	4
Total.....		606 calories

par litre à vin

	Nourriture fournie par l'Administration	Cantine
Albuminoïdes.....	88 gr. 90	+ 11 gr. 16 = 100 gr. 06
Graisses.....	17 gr. 55	+ 11 gr. 13 = 28 gr. 68
Hydrates de carbone..	528 gr. 23	+ 42 gr. 17 = 570 gr. 10

Nous pouvons calculer ce que ces différentes quantités de matières albuminoïdes, graisses, hydrates de carbone contiennent d'azote et de carbone, ce qui permettra la comparaison avec d'autres travaux analogues employant cette notation.

Ration administrative ou d'entretien

	Azote	Carbone
88 gr. 90 d'albuminoïdes contiennent.....	14 gr. 22	46 gr. 32
17 gr. 55 de graisses contiennent. »	»	13 gr. 42
528 gr. 23 d'hydrates de carbone contiennent.....	»	258 gr. 83
	14 gr. 22	318 gr. 75

Ration complémentaire achetée par le détenu

	Azote	Carbone
11 gr. 16 d'albuminoïdes contiennent.....	1 gr. 79	5 gr. 81
11 gr. 13 de graisses contiennent »	»	8 gr. 51
42 gr. 17 d'hydrates de carbone contiennent.....	»	20 gr. 66
	1 gr. 79	34 gr. 98
Total formant la ration de travail :	16 gr. 01	353 gr. 55

Nous allons comparer maintenant les nombres obtenus à ceux qui ont été reconnus nécessaires à tout individu pour se maintenir en état de santé.

Aliments consommés par les mobiles de la Seine (1870-1871

Albuminoïdes.....	78 gr.
Hydrates de carbone.....	382 gr. 8
Graisses.....	39 gr. 15

Population de l'Allemagne du Nord d'après Hirschfeld

Albuminoïdes.....	83 gr.
Hydrates de carbone.....	400
Graisses.....	100

Rübner, d'après Pettenkofer. Voit, etc., donne les nombres suivants :

Homme de 70 kilos.

	Calories	Calories par kilo
	—	—
Repos.....	2.303	33
Travail minime.....	2.445	35
— moyen.....	2.868	41
— forcé.....	3.362	48

Landouzy, Henri et Marcel Labbé :

Homme de 60 kilos

	Calories	Calories par kilo
	—	—
Existence sédentaire....	2.250	35
Travail modéré.....	2.400	40
— forcé.....	2.880	48

D'après M. le professeur Armand Gautier, la ration apte à entretenir un adulte en état de santé est la suivante :

Albuminoïdes.....	78 à 80 gr.
Graisses.....	50 à 60
Hydrates de carbone.....	460 à 480

ration qui présente 2.775 calories.

Nous voyons donc qu'en tenant compte d'une donnée nouvelle (la cantine) et du coefficient de digestibilité, la ration alimentaire d'un détenu est légèrement supérieure à ce qui est donné par tous les auteurs comme suffisant pour entretenir en état de santé un adulte d'un poids moyen de 70 kilogrammes.

Nourriture des femmes détenues à la prison de Fresnes

Nous dirons un mot du quartier des femmes de la prison de Fresnes quoique les peines subies dans cet établissement soient trop courtes pour qu'on puisse y faire une observation profitable sur la tuberculose.

Le quartier des femmes contient :

1° Des femmes majeures (1) prévenues ou condamnées ;

1. La majorité pénale qui était fixée à seize ans a été reculée à dix-huit ans en 1907.

2° Des mineures prévenues ou condamnées ;

3° Des enfants placées en correction sur la demande des parents.

Le régime alimentaire des détenues majeures de droit commun est le même que celui des hommes ; celui des jeunes détenues (prévenues ou condamnées) est le suivant :

Régime alimentaire des jeunes détenus (valides)

Jours	Heures de distribution	Aliments	Quantités par ration	Observations
Dimanche	7 h. du m.	Lait	300 gr.	Pain à discrétion
	9 h. du m.	Gruyère Bouillon gras	50 gr. 5 décilitres	
	4 h. du s.	Pitance de pommes de terre Viande de bœuf cuite Vin	3 décilitres 100 gr. 25 centilitres	
Lundi	7 h. du m.	Lait	30 gr.	Pain à discrétion
	9 h. du m.	Marmelade Bouillon maigre	100 gr. 5 décilitres	
	4 h. du s.	Pitance de haricots Vin	3 décilitres 25 centilitres	
Mardi	7 h. du m.	Café Sucre	10 gr. 10 gr.	dans 25 centilitres d'eau
	9 h. du m.	Cervelas Bouillon maigre	I 5 décilitres	Pain à discrétion
	4 h. du s.	Pitance de pommes de terre Vin	3 décilitres 25 centilitres	
Mercredi	7 h. du m.	Lait	300 gr.	Pain à discrétion
	9 h. du m.	Chocolat Bouillon maigre	1 tablette 5 décilitres	
	4 h. du s.	Pitance de lentilles Vin	3 décilitres 25 centilitres	
Jeudi	7 h. du m.	Café Sucre	10 gr. 10 gr.	dans 25 centilitres d'eau
	9 h. du m.	Marmelade Bouillon gras	100 gr. 5 décilitres	Pain à discrétion
	4 h. du s.	Pitance de vin Viande cuite Vin	3 décilitres 100 gr. 25 centilitres	
Vendredi	7 h. du m.	Lait	300 gr.	Pain à discrétion
	9 h. du m.	Gruyère Bouillon maigre	50 gr. 5 décilitres	
	4 h. du s.	Pitance de pommes de terre Vin	3 décilitres 25 centilitres	
Samedi	7 h. du m.	Café Sucre	10 gr. 10 gr.	dans 25 centilitres d'eau
	9 h. du m.	Cervelas Bouillon maigre	I 5 décilitres	Pain à discrétion
	4 h. du s.	Pitance de pois cassés Vin	3 décilitres 25 centilitres	

Ce menu est le même que celui des hommes avec un supplément de nourriture que nous résumons au tableau suivant qui nous donnera en même temps les quantités alimentaires par jour moyen.

	Quantités par semaine	Par jour moyen
Lait.....	1.200 gr.	171 gr. 4
Gruyère.....	100 gr.	14 gr. 28
Vin.....	1 lit. 75 centilit.	0 lit. 25
Marmelade....	200 gr.	28 gr. 57
Café.....	30 gr.	4 gr. 28
Sucre.....	30 gr.	4 gr. 28
Cervelas (2 de 70 gr).....	140 gr.	20 gr.
Chocolat(1tab.).	35 gr. 171	5 gr. 10

Si nous décomposons ces aliments en albuminoïdes, graisses, et hydrates de carbone, nous trouvons le résultat suivant :

Supplément d'alimentation accordé aux jeunes détenus

	Quantités par jour moyen	Albuminoïdes	Graisses	Hydrates de carbone
Lait.....	171 gr. 4	6 gr. 27	6 gr. 20	7 gr. 67
Gruyère...	14 gr. 28	4 gr. 21	5 gr. 10	0 gr. 45
Marmelade	28 gr. 57	»	»	19 gr. 50
Café.....	4 gr. 28	0 gr. 14	»	0 gr. 56
Sucre.....	4 gr. 28	»	»	4 gr. 26
Cervelas...	20 gr.	4 gr.	5 gr.	3 gr. 90
Chocolat...	5 gr. 10	0 gr. 26	1 gr. 07	2 gr. 77
Total :		14 gr. 88	17 gr. 37	39 gr. 11

Appliquant les mêmes règles que précédemment, nous allons calculer la valeur calorique de ce supplément de nourriture et nous trouvons d'après les coefficients d'Atwater :

Albuminoïdes...	14 gr. 88	$\times 3,68 =$	57 calories 7.584
Graisses.....	17 gr. 37	$\times 8,65 =$	150 calories 2.505
Hydrates de car-			
bone.....	32 gr. 21	$\times 3,88 =$	151 calories 7.468
Total.....			<u>356 calories 7.557</u>

Il faut ajouter d'après M. Armand Gau-			
tier pour 25 centilitres de vin par			
jour.....			<u>150 calories</u>
ce qui donne au total.....			506 calories 7.557
qui viennent s'ajouter à la nourri-			
ture ordinaire fournissant.....			<u>2.528 calories 4.919</u>
Soit au total.....			3.035 calories 2.476

Il faut tenir compte de ce fait que les jeunes détenues ont le pain à discrétion. En réalité, elles consomment moins de pain (800 grammes à peine par jour d'après les comptes de la régie des prisons), que les détenus adultes et par conséquent la consommation par jour moyen est inférieure à 850 grammes. Il faut donc légèrement diminuer le nombre de 3.035 calories obtenu plus haut. D'autre part nous avons montré que le détenu adulte qui achète des aliments à la cantine, a une nourriture moyenne pouvant lui fournir 2.888 calories, nourriture inférieure à celle d'une jeune détenue qui consommerait la même quantité de pain que lui. Après la remarque que nous venons de faire à ce sujet, on peut admettre que la nourriture des jeunes détenues et celle des détenus adultes qui achètent à la cantine sont équivalentes au point de vue calorique.

Au point de vue de sa composition chimique, voici ce que représente la nourriture des jeunes détenus ;

	Albuminoïdes	Graisses	Hydrates de carbone
Nourriture ordinaire des adultes.....	88 gr. 90	17 gr. 55	528 gr. 23
Supplément accordé aux jeunes détenus..	14 88	17 37	39 11
Total.....	103 gr. 78	34 gr. 92	567 gr. 34

103 gr. 78 d'albuminoïdes contiennent.....	16 gr. 60 d'az.	54 gr. 07 de carb.
34 gr. 92 de graisses con- tiennent.....		26 71 »
567 gr. 34 d'hydrates de carbone contiennent...		277 99 »
Total.....	16 gr. 60	358 gr. 77 »

Nous avons vu jusqu'ici que la ration alimentaire du prisonnier répondait aux deux premières conditions posées par le Congrès de Rome. (Ration d'entretien et ration de travail.) La troisième condition est également remplie puisque la proportion des substances albuminoïdes par rapport aux substances ternaires est de 1/6 (100 gr. 06 d'albuminoïdes pour 529 gr. 08 de substances ternaires). Cette constatation a son importance, car si une alimentation trop riche en matière azotée conduit à la pléthore, aux maladies de la peau, à la goutte, à la gravelle, les matières ternaires en excès peuvent déterminer la scrofule (1).

1. Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition.*

Mais il ne suffit pas que les proportions de substances ternaires par rapport aux substances quaternaires soient conservées, il faut encore que le minimum d'albuminoïdes nécessaire soit atteint. Or un homme de taille ordinaire bien portant, se livrant à un travail moyen, élimine 33 grammes d'urée par jour. Il nous est facile de calculer à combien d'azote cela correspond. Sachant que 100 grammes d'urée contiennent 46 gr. 66 (1) d'azote, nous trouvons :

$$\frac{33 \times 46 \text{ gr. } 66}{100} = 15 \text{ gr. } 39$$

Or nous avons vu que la ration de travail du prisonnier contient 16 gr. 1 d'azote ; nous sommes donc autorisé à dire que la nourriture correspond aux conditions énumérées ci-dessus, mais il faut bien reconnaître que cette nourriture a été calculée pour des individus sains non pour des malades ; elle réalise le nécessaire, rien que le nécessaire ; malheureusement, tous les individus qui ont à la subir ne sont pas toujours en état de santé ; ce sont souvent des dégénérés ayant usé leur santé dans la débauche et dont les réserves sont épuisées. Aussi sont-ils en état de moindre résistance et deviennent-ils facilement malades. Pour ceux-ci, le médecin ne dispose au quartier d'aucun régime particulier ; il peut d'après le règlement accorder un supplément de pain, mais ce droit dont il use d'ailleurs rarement, serait tout à fait insuffisant chez des gens qui ont déjà l'estomac fatigué et la seule ressource est de les admettre à l'infirmerie où le

1. Arthus. *Chimie physiologique*.

médecin dispose de régimes plus variés. Ces régimes sont les suivants :

Régimes de l'infirmerie centrale des prisons

1^o Régime de la diète (1 litre de bouillon et 10 centilitres de vin);

2^o Régime lacté (3 litres de lait) ;

3^o Le régime du 1^{er} degré qui est le suivant :

1^{er} Déjeuner 20 centilitres de lait

2^e Déjeuner { 25 centilitres potage gras
50 grammes de viande rôtie
ou 2 œufs
10 centilitres de légumes verts fricassés.

Des vivres supplémentaires peuvent être ordonnés.
Ces vivres sont les suivants :

Beefsteak, côtelette, viande hachée, œufs, lait, pruneaux.

Voici maintenant le détail de ces différents régimes ;

Le régime du 1^{er} degré se décompose en :

Dîner { 25 centilitres de potage gras
50 grammes de viande bouillie
10 centilitres { légumes secs
ou riz
ou pommes de terre
20 centilitres de vin

4^o Le régime du deuxième degré est le suivant :

1^{er} Déjeuner 25 centilitres de potage maigre

2^e Déjeuner { 30 centilitres potage maigre
100 grammes { viande rôtie
ou ragoût
15 centilitres de légumes verts fricassés

Dîner	{	25 centilitres de bouillon gras
		100 grammes de viande bouillie
		15 centilitres { légumes secs
		30 centilitres { ou riz
		ou pommes de terre
		de vin

Aliments	Quantités par jour	Albuminoïdes	Graisses	Hydrates de Carbone
Pain blanc.....	375 gr.	26 gr. 47	1 gr. 72	197 gr. 10
Bœuf.....	175 »	36 » 68	9 » 47	1 » 72
Légumes frais.....	100 »	1 » 54	0 » 21	8 » 31
Saindoux.....	10 »	»	9 » 90	»
Vermicelle.....	30 »	2 » 70	0 » 13	17 » 83
ou Tapioca.....	20 »	19 » 44	17 » 19	0 » 40
Rôti.....	100 »	»	19 » 81	»
(Bifteck, Côtelettes de veau)				
Saindoux.....	20 »	4 » 33	0 » 42	22 » 35
Pommes de terre...	100 »	7 » 32	7 » 24	8 » 96
Riz.....	30 »			
Légumes secs.....	40 »			
Lait.....	200 »			
Total...	98 »	48	66 »	09 256 » 67

L'équivalent calorique du 1^{er} degré de l'infirmerie est le suivant :

Albuminoïdes	98 gr. 48	$\times 3.68 =$	362 calories 4.064
Graisses	66 gr. 09	$\times 8.55 =$	571 » 6.785
Hydrates de carbone	256 gr. 67	$\times 3.88 =$	995 » 8.796

Total : 1.929 calories 9.645

Vin, 200 gr. fournissant.....	120 »	»
-------------------------------	-------	---

Soit ; 2.050 calories.

2.049 » »

Calculons maintenant l'azote total et le carbone total nous trouvons :

	Azote	Carbone
98 gr. 48 d'albuminoïdes contiennent.....	15 gr. 16	51 gr. 30
66 gr. 09 de graisses contiennent.....	»	50 gr. 56
256 gr. 67 d'hydrates de carbone contiennent.....	»	125 gr. 77
	15 gr. 76	227 gr. 63
	Azote total	Carbone total

Le régime du deuxième degré de l'Infirmierie est établi comme suit :

Aliments	Quantités par jour	Albuminoïdes	Graisses	Hydrate de carbone
Pain blanc	500 gr.	35 gr. 30	2 gr. 30	497 gr. 50
Légumes frais	100 gr.	1 54	0 21	8 31
Tapioca ou vermicelle	20 gr.	2 16	0 11	14 27
Saindoux	20 gr.	»	19 81	»
Viande de bœuf	200 gr.	41 92	10 80	2 00
Légumes frais	50 gr.	0 74	0 10	4 15
Rôti (Bifteck, veau, mouton)	200 gr.	38 88	34 38	0 80
Saindoux	30 gr.	»	29 71	»
Pommes de terre ou riz ou légumes secs	150 gr. 45 gr. 60 gr.	6 49	0 47	33 53
Total :		127 gr. 03	97 gr. 89	560 gr. 56

L'équivalent calorique de ces aliments est le suivant d'après les coefficients d'Atwater :

Albuminoïdes	$127.03 \times 3.68 =$	467 calories 4704
Graisses	$97.89 \times 8.65 =$	846 calories 7.485
Hydrates de		
carbone	$560.56 \times 3.88 =$	2.174 calories 9.728
		<u>3.489 calories 1.917</u>
Il faut ajouter pour 300 gr. de vin :	180 calories	
soit au total :		<u>3.669 calories 1.917</u>

Au point de vue de l'azote total et du carbone total, nous trouvons les résultats suivants :

	Azote	Carbone
	—	—
127 gr. d'albuminoïde contiennent..	20 gr. 32	66 gr. 17
97 gr. 89 de graisses.....	»	74 gr. 89
560 gr. 56 d'hydrate de carbone.....	»	274 gr. 67
	<u>20 gr. 32</u>	<u>415 gr. 73</u>
	—	—

Azote total, Carbone total

Nous terminerons cet exposé en faisant quelques remarques sur la qualité, la catégorie et l'état des denrées employées à la prison de Fresnes.

Des règles très strictes sont inscrites au cahier des charges. Les légumes frais sont comptés épluchés, les pommes de terre ne doivent pas être germées, la viande est de première qualité et de troisième catégorie (la catégorie correspond à la partie de l'animal). Elle doit être bien saignée ; il ne doit pas être

admis de tête, de cœur, col, fressure ni pieds. Elle doit produire un minimum de 50 o/o en viande propre à faire des rations.

Le pain est fabriqué dans l'établissement avec de la farine de froment blutée à 10 o/o d'extraction de son : cette farine avant d'entrer dans la consommation subit un essai préalable (fournée spéciale) afin de se rendre compte si 100 kilogs de farine donnent bien la quantité de pain exigée par le cahier des charges.

Une seule critique paraît justifiée sur l'alimentation ordinaire du prisonnier, c'est de manquer de corps gras ; cette remarque a d'ailleurs été déjà faite par M. Armand Gautier à propos des prisons de France en général (1) et encore faut-il tenir compte de ce que les graisses peuvent être suppléées dans l'économie par une certaine quantité d'hydrates de carbone.

Après ces quelques remarques sur la qualité des aliments nous en ferons quelques-unes sur leur digestibilité, car enfin on a fait remarquer avec juste raison qu'on ne se nourrit pas de ce qu'on mange, mais de ce qu'on digère.

Il y a d'abord un fait d'observation : ces aliments : lentilles, haricots, riz, pommes de terre, etc. sont d'un usage commun et surtout à la campagne sont souvent préparés d'une façon analogue à celle sous laquelle on les sert aux prisonniers. Or il est de

1. Armand Gautier. *L'alimentation et les régimes*, 2^e édition, p. 622.

notoriété que les populations qui les consomment conservent une bonne santé générale.

Un autre fait d'observation est celui-ci : On est rarement appelé à soigner des maladies inflammatoires du tube digestif chez les prisonniers. Rares sont les gastro-entérites et celles qui se produisent ne sont presque jamais attribuables à la nourriture.

La forme liquide a été aussi incriminée, mais précisément le règlement dit que la ration doit être réduite à 30 ou 50 centilitres, ce qui fait un plat assez épais. La vérité est que les différents aliments qui constituent la nourriture du prisonnier ne sont pas tous utilisés au même degré et que la nourriture étant surtout végétale, doit être considérée comme laissant un certain déchet, mais les chiffres que nous avons exposés plus haut nous donnent de la marge et même en défalquant le coefficient de digestibilité des matières végétales, nous trouvons encore une ration suffisante.

CHAPITRE V

La tuberculose ganglionnaire

Il est dans les prisons une manifestation de la tuberculose remarquable par sa fréquence, nous voulons parler de la tuberculose ganglionnaire. Cette forme que l'on désigne aussi sous le nom d'adéno-pathie tuberculeuse, de scrofule, d'humeurs froides et qui dans la vie libre se manifeste surtout chez les enfants et les adolescents et exceptionnellement chez l'adulte, se produit dans la population des prisons quel que soit l'âge des détenus. La marche de cette affection est presque toujours la même. Le malade s'aperçoit un jour « d'une petite grosseur » située soit sous la mâchoire inférieure, soit entre l'oreille et la mâchoire; puis cette « grosseur » d'ailleurs indolente, n'amenant pas le changement de coloration de la peau, roulant sous le doigt et n'offrant en aucun point d'adhérence solide, du moins au début, augmente bientôt de volume en même temps qu'une ou plusieurs autres grosseurs semblables se montrent dans la même région. Bientôt toutes

se réunissent et finissent par former une masse dure, bosselée, sans adhérence et que l'on peut faire remuer à droite et à gauche. Le nombre des ganglions atteints peut varier beaucoup. Chez les uns il n'y en a qu'un de pris, chez d'autres c'est une masse grosse comme une tête de fœtus ; tantôt un seul côté du cou est le siège d'adénites, tantôt elles sont bilatérales et alors la face prend un aspect grotesque. Bien que le cou et la région parotidienne soient la région de prédilection des adénites, elles peuvent cependant se montrer ailleurs. On peut les voir dans l'aisselle, dans l'aîne, dans les ganglions mésentériques mais nous répétons que le plus souvent le siège de ces adénites est la région cervicale en avant ou en arrière du sterno-mastoïdien. Ces adénopathies après avoir été indolentes et dures pendant un certain temps, finissent par se ramollir : la peau qui les recouvre devient rouge et si l'on n'intervient pas avant qu'elles soient arrivées à suppuration, elles finissent par évacuer spontanément leur contenu composé de pus et de débris caséeux. Ces adénites non traitées restent toujours fistuleuses. La peau qui les recouvre et qui est de mauvaise qualité reste rouge pendant longtemps, se rétracte et lorsque la cicatrisation finit par se faire, elle laisse des cicatrices bourgeonnantes plus ou moins défectueuses.

Fréquence des adénites. — Pour se rendre compte de la fréquence de la tuberculose ganglionnaire à la prison de Fresnes, il est intéressant de noter les

interventions chirurgicales qui ont été pratiquées dans les deux services de chirurgie. Nous trouvons les résultats suivants :

*Opérations pratiquées dans le service de chirurgie
de M. le Dr Gustave Bernard
(1902-1907)*

Années	Opérations pour adénites tuberculeuses	Opérations pour affections tuberculeuses autres que les adénites	Nombre total des opérations y compris les interventions pour la tuberculose
1902	10	16	30
1903	9	16	36
1904	15	21	34
1905	3	11	33
1906	13	22	39
1907	10	18	40
Tot.	60	104	212

Voici le détail des opérations pratiquées pour affections tuberculeuses :

Adénites tuberculeuses.....	60
Abscès froids costaux.....	6
Ostéites tuberculeuses.....	5
Cystostomies sus-pubiennes pour cystite tuberculeuse.....	3
Epidydimite tuberculeuse.....	1
Abscès froid du bras.....	2
Amputation d'orteil pour tuberculose..	1
Tumeurs blanches du genou.....	3
Péritonites tuberculeuses.....	2
Amputations pour tumeur blanche du coude.....	2

Amputations pour tumeur blanche du genou	6
Amputation de l'auriculaire pour tuberculose	1
Tumeur blanche du coude (résection) ..	1
Spina-ventosa	1
Fistules tuberculeuses	4
Total	<u>104</u>

*Opérations pratiquées dans le service de chirurgie
de M. le Dr Lefilliatre (1902-1904)*

Années	Opérations pour adénites tuberculeuses	Opérations pour affections tuberculeuses autres que les adénites	Nombre total des opérations y compris les interventions pour tuberculose
1902	30	40	124
1903	29	40	121
1904	30	43	123
Tot.	89	123	368

89 opérations pour adénites tuberculeuses sur 368 interventions, soit 24 o/o.

123 opérations pour affections tuberculeuses diverses sur 368 interventions, soit 33,4 o/o.

Voici le détail des opérations pratiquées pour affections tuberculeuses :

Adénites tuberculeuses	89
Abcès froids	9

Tuberculose de l'épicondyle.....	1
Trajets fistuleux tuberculeux de la cuisse.....	2
Tuberculoses du tissu cellulaire et de la peau.....	5
Synovites fongueuses du poignet.....	4
Tuberculose récidivante sur un moi- gnon.....	3
Synovite fongueuse du pied.....	1
Ostéites tuberculeuses.....	2
Arthrite tuberculeuse sterno-clavicu- laire.....	1
Mal de Pott et abcès par congestion...	1
Spina-ventosa.....	1
Synovite fongueuse du poignet.....	1
Ostéites tuberculeuses.....	2
Cystite tuberculeuse (cystostomie sus- pubienne).....	1
Total... ..	<u>123</u>

On voit combien sont nombreux les cas d'adénites tuberculeuses dans les services de chirurgie. Et il faut tenir compte que beaucoup de cas d'adénites sont soignés médicalement et qu'on n'envoie au chirurgien que ceux chez qui le traitement médical semble devoir échouer. Beaucoup de cas, en effet, viennent à la consultation et ne sont pas opérés. C'est ainsi que nous relevons pour deux divisions de la prison de Fresnes les nombres suivants de mala-

des venus à la consultation de chirurgie (1) pour adénites tuberculeuses (2).

1901.....	79
1902.....	97
1903.....	115
1904.....	123
Total.....	<u>414</u>

Il faut ajouter encore que sur 930 consultations données aux malades des deuxième et troisième divisions de la prison de Fresnes, 323 étaient des consultations pour adénites tuberculeuses. On peut donc dire que la moitié des interventions chirurgicales sont pratiquées pour des affections tuberculeuses et un tiers pour des adénites.

Quelles causes peuvent donc occasionner ces adénopathies ? Parmi les hypothèses qui ont été faites à ce sujet, il en est une qui nous paraît très séduisante, c'est celle que M. le Dr Sergent a émise au Congrès international de la tuberculose, touchant le rôle de l'hérédosyphilis dans le développement de la scrofule.

M. le Dr Sergent (3) a soin du reste de différen-

1. Cette consultation de chirurgie a été supprimée. Les malades sont envoyés au chirurgien par le médecin.

2. Dr Lefilliatre. Note communiquée au VII^e Congrès pénitentiaire.

3. Emile Sergent. Predisposition des enfants de syphilitiques à la phthisie et aux tuberculoses locales. Scrofule de vérole.

Communication au Congrès international de la tuberculose, 1905.)

cier les deux maladies et se défend de vouloir revenir aux anciennes confusions, mais se basant sur des faits d'observation « il admet que l'imprégnation syphilitique persiste dans la syphilis acquise, alors même que tout retour de manifestations locales indiquant l'état d'activité de la toxi-infection a disparu depuis longtemps. Cette imprégnation demeure à l'état de modification humorale rendant l'individu réfractaire à une nouvelle contamination. Ce terrain spécial est transmissible à la descendance au même titre que l'est la syphilisation et constitue chez lui le *terrain syphilitique* qui peut ou non conférer l'immunité. Si cette immunité héréditaire est possible, ajoute M. Sergent, elle n'est pas constante, car tous les médecins ont vu des fils de syphilitiques devenir syphilitiques eux-mêmes. »

Or ce terrain spécial prédispose, selon M. Sergent, à la phtisie, aux autres formes de tuberculose et en particulier à la scrofule « l'enfant *non* syphilitique du syphilitique : la syphilisation du père a préparé le terrain pour la tuberculisation du fils. » « Je crois, ajoute M. Sergent, que la scrofule n'a pas le plus souvent d'autre pathogénie. »

Nous avons dit que les théories de M. Sergent nous semblaient très séduisantes et voici pourquoi. Un détenu avait été opéré d'une volumineuse adénite de la région cervicale droite. Les ganglions non ramollis avaient pu être extirpés assez facilement et quinze jours après l'opération les plaies étaient complètement cicatrisées et le malade guéri. Ce

malade était à ce moment soumis à une suralimentation consistant en 100 grammes de viande crue et deux œufs, en plus du deuxième degré de l'Infirmierie et il prenait aussi de l'huile de foie de morue. Il allait sortir de l'Infirmierie lorsqu'on s'aperçut que du côté qui n'avait pas été opéré il présentait une adénite qui s'était développée à l'Infirmierie et qui commençait à déformer la région cervicale gauche. Les ganglions encore durs et non adhérents étaient de la grosseur d'un marron. Ce détenu nous demanda alors « un dépuratif, son père ayant été malade pendant longtemps ». Par ses réponses, aux questions qui lui furent posées, il fut facile de se convaincre que son père et sa mère avaient présenté des accidents syphilitiques graves auxquels le malade rapportait son mauvais état de santé. Ce détenu ne présentait d'ailleurs aucun stigmate d'hérédosyphilis et n'avait jamais été malade avant d'entrer en prison. On eut alors l'idée de lui donner du sirop de Gilbert à la dose de deux cuillerées par jour. Au bout de quinze jours de ce traitement la nouvelle adénite avait complètement disparu. Nous devons ajouter que la nature tuberculeuse de l'adénite opérée avait été vérifiée et qu'il ne peut y avoir de doute au sujet de la nature de la seconde. Disons tout de suite que maintes fois la nature des adénites opérées a été vérifiée soit par l'inoculation sous-cutanée au cobaye, soit par examen histologique des ganglions avec recherche des bacilles de Koch et que toujours les résultats ont montré l'origine tuberculeuse de ces adénites.

Dans un autre cas le même traitement a non seulement arrêté la progression d'une adénite volumineuse mais celle-ci a diminué notablement sans toutefois arriver à la guérison complète.

Un troisième malade à qui l'on a donné seulement de l'iodure de potassium semble avoir ressenti la même amélioration que ceux qui avaient absorbé du sirop de Gilbert. Les observations de ces trois malades n'ont pu être prises complètement parce qu'ils ont été transférés subitement à d'autres destinations pénales et nous nous garderons bien de conclure qu'on doive administrer le traitement antisyphilitique à tous les individus porteurs d'adénites, mais le rapprochement avec les idées émises par M. Sargent nous a paru intéressant.

Une autre remarque sur le même sujet est la suivante : Parmi les prisonniers atteints d'adénites on trouve peu de syphilitiques, alors que parmi les prisonniers en général les cas de syphilis sont très nombreux. Faut-il voir dans ce fait une confirmation de ce que M. Sargent admet sur la possibilité d'une immunité chez les gens ayant hérité de ce qu'il appelle « le terrain syphilitique » ?

En tous cas que l'on accepte ou que l'on rejette cette hypothèse nous croyons qu'il faut bien admettre une prédisposition spéciale des sujets à devenir scrofuleux puisque la plupart des prisonniers ne le deviennent pas et que d'autre part ceux qui contractent cette maladie, le font avec une telle rapidité qu'il n'est pas vraisemblable qu'à égalité de traitement,

les uns restent bien portants et les autres deviennent malades sans une certaine aptitude de ces derniers à le devenir.

Il ne faudrait pas conclure toutefois que le régime de la prison ne soit pour rien dans le développement de ces adénopathies. M. le Dr Lefas et M. le Dr Lefilliatre (1) ont fait des examens hématologiques chez des détenus atteints d'adénites tuberculeuses. Ces examens ont montré qu'il n'existait d'anémie proprement dite pas plus chez ces malades que chez les détenus qui avaient tous les attributs d'une bonne santé, qu'au début de l'adénite il y avait une augmentation du taux des polynucléaires qui indique une défense de l'organisme mais qu'ensuite il y avait une diminution de ces mêmes éléments de défense et une augmentation du nombre des lymphocytes.

En somme on peut conclure de ces examens, comme l'a fait le Dr Lefilliatre que la défense de l'organisme est amoindrie par le régime cellulaire et que chez les individus, atteints d'adénites tuberculeuses, après une tentative passagère de défense de l'organisme, la formule du sang redevient ce qu'elle est chez les détenus soumis au régime cellulaire, c'est-à-dire augmentée en lymphocytes et diminuée en polynucléaires. Toutefois nous ferons une remarque à ce sujet : tous les individus atteints d'adénites tuberculeuses au nombre de soixante, examinés par

1. Dr Lefilliatre. Communication au Congrès international de Budapesth.

MM. Lefas et Lefilliatre, étaient, sauf un, soumis au régime cellulaire. Sur ces soixante détenus, quatre présentaient des lésions de tuberculose pulmonaire. Il eût été intéressant d'examiner les détenus, atteints d'adénites tuberculeuses et soumis au régime en commun, afin de se rendre compte si la formule leucocytaire qui reste normale, chez ces détenus quand ils sont bien portants se modifiait dans le même sens que chez les individus soumis au régime cellulaire. Chez ces derniers, en effet, la formule leucocytaire se modifiant même chez les individus bien portants, il est difficile de faire la part de ce qui revient au régime et de ce qui revient à l'adénite dans cette modification.

Enfin des examens du sang ont été faits sur des individus chez qui l'extirpation des ganglions avait été pratiquée. Ces examens ont montré que la lymphocytose persiste mais que si l'on suralimente ces malades on peut arriver à avoir une formule hématologique normale au bout d'un certain temps (deux ans suivant le Dr Lefilliatre). Enfin chez les malades qui n'ont pas été opérés mais chez qui néanmoins la guérison est survenue, les lésions s'étant cicatrisées après évacuation du pus (spontanément ou par ponction) la formule même en suralimentant les malades n'est jamais devenue normale.

Quelques remarques sont intéressantes touchant cette forme de tuberculose. La première est la rapidité avec laquelle elle apparaît chez des gens soumis pour la première fois au régime cellulaire. Si l'on se

reporte à la fin de ce chapitre avec observations II, VI, VII, VIII, IX, XI, XVI, XVII, on voit que l'adénite apparaît trois mois en moyenne après l'entrée en prison, quelquefois beaucoup plus rapidement (obs. XVI, VIII, VI).

Voilà donc des gens qui n'ont jamais été en prison et qui au bout de très peu de temps voient se développer des adénites. Interrogeons-les. Les uns nous apprennent qu'ils ont perdu leur mère, leur père, leur sœur ou leur frère de tuberculose (obs. I, VII, IX, XVII); les autres ont eu une pleurésie ou une bronchite et depuis ce temps s'enrhument facilement (obs. I, VII, VIII, XVIII). Cela nous fournit une preuve de plus qu'ici encore le terrain joue un grand rôle et qu'il est vraisemblable que ces gens qui, arrivant pour la première fois en prison, contractent au bout de quelques mois une adénite tuberculeuse, sont probablement en *puissance de bacille* dès leur arrivée. Si nous ajoutons ce fait, bien connu des médecins de la prison de Fresnes, qu'il y eut de nombreux cas d'adénites tuberculeuses dès l'ouverture de la maison, chez des détenus en apparence bien portants, qui étaient logés dans des cellules neuves et n'ayant jamais été habitées, on voit que l'élément *contagion* ne joue pas un grand rôle dans l'étiologie de ces adénites.

Une autre remarque est que ces adénites s'accompagnent rarement de lésions pulmonaires concomittantes (1), mais en revanche l'alcoolisme (obs. II,

1. Sur soixante adénites tuberculeuses le Dr Lefilliatre n'a

III, IV, V, XVI), les antécédents pathologiques chargés (obs. VIII, IX, XV, les maladies vénériennes (obs. I, II, V, VI, VIII, IX, X, XIII), ne sont pas rares et expliquent suffisamment que si certains détenus dont le casier sanitaire est intact supportent très bien et pendant des années le régime débilisant des prisons, ceux dont nous venons de parler ne tardent pas à en ressentir les funestes effets.

Par quels moyens pourrait-on remédier à cet état de chose ?

Se basant sur les travaux de MM. Lannelongue et Achard, Richet et Cornil, l'on a demandé que le régime alimentaire des détenus soit plus animalisé. On a demandé aussi que les détenus porteurs d'adénites soient envoyés en maison centrale, le régime en commun paraissant moins favorable au développement des adénites que le régime cellulaire ; mais nous ferons remarquer à ce sujet qu'il n'est pas exact comme on l'a dit que les adénites soient chose inconnue dans les prisons en commun. Nous avons relevé les entrées à l'infirmerie pendant dix ans (1894-1904) dans les maisons centrales et pénitenciers agricoles et nous avons trouvé un nombre respectable d'admissions à l'infirmerie pour scrofules ou adénites tuberculeuses. Voici du reste le nombre de ces admissions dans les maisons centrales :

observé que quatre cas s'accompagnant de lésions pulmonaires cliniquement appréciables.

Année 1904 admissions pour scrofules.....	66
— 1903 —	76
— 1902 —	85
— 1901 —	94 (1)
— 1899 —	131
— 1898 —	119
— 1897 —	163
— 1896 —	127
— 1895 —	147
— 1894 —	169

La cause à laquelle on a surtout attribué la fréquence des adénites chez les détenus soumis au régime cellulaire est le manque d'air. Or nous avons fait une curieuse remarque à ce sujet : l'établissement de longue peine dans lequel on trouve le plus de scrofuleux est le pénitencier agricole de Chiavari (2) en Corse c'est-à-dire un établissement dans lequel les détenus travaillent aux travaux des champs.

Alors que dans les autres établissements en commun le nombre des adénites est sensiblement le même pour chaque établissement, nous trouvons pour le seul pénitencier agricole de Chiavari les résultats suivants :

1. Si le nombre des scrofules a autant diminué à partir de 1899 cela doit tenir à la suppression de deux maisons centrales (Gaillon et Landerneau). Du reste la population des maisons centrales a été constamment en diminuant depuis quelques années.

2. Supprimé en 1907.

1904	sur	66	scrofuleux	12	sont	détenus	à	Chiavari
1903	—	76	—	28		—		
1902	—	85	—	34		—		
1901	—	94	—	53		—		
1899	—	131	—	56		—		
1898	—	119	—	68		—		
1897	—	163	—	92		—		
1896	—	127	—	47		—		
1895	—	147	—	49		—		
1894	—	169	—	55		—		

Il semble difficile d'admettre que, pour ce pénitencier dans lequel les détenus passent leur journée occupés aux travaux des champs, ce soit le manque d'air qui cause ces nombreuses adénites.

Traitement. — La question s'est posée de savoir s'il était préférable de les traiter médicalement ou chirurgicalement. Ici il s'agit de s'entendre sur ce qu'est le traitement *médical*, et ce qu'est le traitement *chirurgical*.

Nous croyons pour notre part, que le fait d'injecter dans l'adénite du naphтол camphré par exemple ou tout autre liquide modificateur constitue un traitement *chirurgical* et nous ne considérons comme traitement *médical* que le traitement interne (huile de foie de morue, médication iodée, cure d'air salin, etc., etc.). Disons tout de suite que si le traitement médical tel que nous l'entendons est suffisant chez un individu menacé de scrofule ou même ayant déjà un commencement d'adénite, en

revanche la plupart du temps, du moins en prison, il est impuissant à guérir une adénopathie déclarée. Quant au traitement chirurgical que nous avons vu pratiquer un grand nombre de fois à Fresnes, le seul qui donne des résultats satisfaisants consiste dans l'extirpation complète des ganglions. Les autres traitements tels que : ouverture d'adénites suppurées, curettage des débris ganglionnaires, injections de liquides modificateurs donnent des résultats très peu satisfaisants laissant subsister des fistules et des cicatrices vicieuses. Toutefois, lorsque l'adénite est complètement suppurée avec une zone de péri-adénite intimement adhérente, il n'est pas toujours commode de pratiquer l'extirpation du ganglion. On est alors réduit à procéder à un nettoyage à la curette et à toucher ensuite les parois au chlorure de zinc par exemple ou à l'éther iodoformé. On peut encore arriver ainsi à la cicatrisation des lésions, mais le résultat n'est jamais aussi satisfaisant que lorsque les ganglions ont été extirpés ; aussi est-il préférable de ne pas attendre le ramollissement du ganglion si l'on veut obtenir un bon résultat du traitement chirurgical.

Nous terminerons ce chapitre par quelques observations de malades opérés à l'infirmerie centrale des prisons pour adénites tuberculeuses en l'année 1906.

Observations

OBSERVATION 1

B..., Clément, dix-neuf ans, garçon de café.

Père et mère vivants. Un frère mort tuberculeux. Entré à la prison de Fresnes le 28 novembre 1905 c'est-à-dire il y a trois mois. Il vient en prison pour la première fois. Il a eu une bronchite à l'âge de douze ans et une blennorrhagie à dix-sept ans.

Il est admis le 26 février à l'infirmerie centrale des prisons pour des adénites multiples ayant débuté quelques jours après son entrée en prison. Ces adénites siègent dans chaque région cervicale droite et gauche et empiètent du côté droit sur la région maxillaire. Elles sont ramollies et ont le volume d'une orange du côté droit. Du côté gauche l'adénite est encore indurée, mobile et indolore.

28 février. — Incision de chaque adénite au niveau des régions sterno-cléido-mastoïdienne et sous-maxillaire. Curetage des débris ganglionnaires. Nettoyage des cavités à l'éther iodoformé. Drainage avec tube en caoutchouc. Pansement.

28 février 1906. — Tous les deux jours on fait un lavage à l'eau iodée.

Le 2 mars 1906 on remplace les drains par des mèches de gaze imprégnées d'éther iodoformé. Le malade sort le 9 mars mis en liberté.

OBSERVATION II

W.... Pierre, 45 ans.

Rien de particulier au point de vue héréditaire. Il a présenté à partir de l'âge de quarante ans des accidents répétés de saturnisme, et avoue avoir bu jadis avec excès surtout du vin. Depuis il prétend s'être corrigé de ce défaut. Ce malade vient en prison pour la première fois et n'a jamais eu d'adénopathie antérieure, ni aucune autre maladie si ce n'est une blennorrhagie à l'âge de trente ans.

Actuellement il présente au niveau de la région sterno-cléido-mastoïdienne droite une masse ganglionnaire assez mobile, peu fluctuante, douloureuse et du volume d'une noix. Le malade a commencé à ressentir une grosseur il y a trois mois c'est-à-dire quatre mois après son incarcération.

Le 8 mars 1906, incision sur la masse ganglionnaire sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et parallèlement à lui. Extirpation des ganglions qui sont suppurés. Nettoyage de la cavité à l'éther iodoformé. Drainage à l'aide d'une mèche iodoformée. Deux points de suture au crin de Florence. Pansement ouaté.

Le 10 mars on change la mèche de gaze iodoformée après lavage de la cavité à l'eau iodée. La température du malade est normale : 37°5 le soir, 37 le matin.

Tous les deux jours même pansement.

Le 18 mars, c'est-à-dire dix jours après l'opération, la

cavité est presque comblée, il ne reste plus de place pour introduire une mèche. La partie de la plaie qui a été suturée est cicatrisée ; entre les lèvres de la partie drainée apparaissent des bourgeons qui sont touchés à l'eau oxygénée.

Le 22 mars, c'est-à-dire quatorze jours après l'opération, les parties bourgeonnantes sont exubérantes ; on les touche au nitrate d'argent.

Le 24 mars le malade sort guéri de l'infirmierie.

OBSERVATION III

L... Paul, quarante-huit ans, marchand de vins.

Entré à la prison de Fresnes le 25 février 1906, c'est-à-dire il y a un mois.

Parents morts (le malade ne sait pas de quelle maladie.)

Le malade est un alcoolique qui boit quatre ou cinq litres de vin par jour. Il a eu un erysipèle de la face à l'âge de trente ans. Pas d'autre maladie si ce n'est qu'il a présenté avant son entrée en prison des ganglions suppurés de la région cervicale droite, qui est couverte actuellement de cicatrices exubérantes et disgracieuses. Pas de lésions pulmonaires.

Au niveau de la région sous-maxillaire droite existe actuellement une tumeur ganglionnaire, rouge, fluctuante, grosse comme un œuf.

Le 6 mars 1906 incision de cette adénite qui est suppurée. Curettage des débris ganglionnaires. Drainage avec mèche iodoformée. Pansement ouaté.

Tous les deux jours on change la mèche et on lave la cavité à l'eau iodée.

Le 14 mars on supprime la mèche.

Le 16 mars la cavité est comblée et remplacée par une surface bourgeonnante qui est touchée au nitrate d'argent.

Le malade quitte l'infirmerie.

OBSERVATION IV

L... Georges, vingt-six ans, homme de peine.

Père mort ?

Mère vivante, bien portante.

Le malade est un alcoolique (absinthe et vin rouge) il n'a jamais été malade, n'a aucune affection vénérienne.

Foie volumineux débordant les côtes. Rien au poumon ni du côté des autres organes.

Entré à la prison de Fresnes le 12 août 1905, c'est-à-dire il y a sept mois. C'est la deuxième fois qu'il est en prison. Pendant sa première incarcération il eut une adénopathie de la région sous-maxillaire droite qui guérit lorsqu'il fut remis en liberté.

De nouveau incarcéré et venu à Fresnes, il présente depuis un mois au niveau des régions carotidiennes gauche et droite de nouvelles masses ganglionnaires en partie ramollies et en partie indurées.

Le 23 mars 1906, incisions multiples de quatre collections d'adénites suppurées. Nettoyage à la curette des débris ganglionnaires et lavage à l'éther iodoformé. Drainage avec tubes en caoutchouc, suture des plaies. Pansement ouaté.

27 mars. — Lavage à l'eau oxygénée au 1/4. Les tubes de caoutchouc sont retirés et remplacés par des mèches iodoformées.

29 mars. — Les mèches sont changées. Le pansement est plein de pus, les plaies sont rouges.

31 mars. — Les crins de Florence sont enlevés. Deux crins n'ont pas tenu et le malade présente en avant de la région sterno-mastoïdienne droite une perte de substance qu'on laisse se combler par bourgeonnement.

10 avril, c'est-à-dire dix-sept jours après l'opération. — Les sutures sont cicatrisées sauf en avant du sterno-mastoïdien droit où s'observe une perte de substance. Aux endroits où se trouvaient les drains existent des bourgeons qui sont touchés au nitrate d'argent.

24 mai 1906. — Les pansements ont été renouvelés tous les deux jours. Les plaies sont cicatrisées. Le malade quitte l'infirmerie.

OBSERVATION V

C... Jacques, vingt-deux ans, journalier. Père mort (?).

Mère vivante bien portante, une sœur et un frère vivants.

Le malade, qui boit beaucoup, est incarcéré pour la troisième fois. Il a eu une bronchite à seize ans et depuis s'enrhume facilement. Submatité au sommet droit. Rien au poulmon gauche ni aux autres organes. Blennorrhagie à vingt ans, syphilis à vingt et un ans. Pas d'adénopathie antérieure.

Trois mois après son entrée à Fresnes le malade remar-

que le développement d'une grosseur ganglionnaire au niveau de la région cervicale droite.

1^{er} avril 1906. — Incision de l'adénite suppurée en partie, grattage à la curette, nettoyage à l'éther iodoformé. Mèche de gaze iodoformée. Pansement ouaté.

11 avril. — Le malade, dont le pansement a été renouvelé tous les deux jours, sort guéri de l'infirmerie.

OBSERVATION VI

G..., Léon, vingt-cinq ans, serrurier.

Père et mère vivants, bien portants. Aucune maladie jusqu'à l'âge de vingt ans, époque à laquelle il contracta une blennorragie qui fut traitée. Pas d'alcoolisme. Rien au poumon ni du côté des autres organes.

Entré le 8 août 1905.

Le malade est incarcéré depuis huit mois pour la première fois. Deux mois après son entrée en prison il est porteur d'une adénite sous-maxillaire droite qui bientôt acquiert le volume d'une mandarine puis devient fluctuante et douloureuse.

Un mois après le début de cette adénite une autre petite masse ganglionnaire apparaît à gauche dans la région rétro-maxillaire au tiers supérieur de la région sterno-cléido-mastoïdienne. Cette masse est indurée et mobile.

1^{er} avril 1906. — Incision de la première collection suppurée. Grattage à la curette des débris ganglionnaires et nettoyage à l'éther iodoformé. Drain de Chassaignac après lavage iodé. Pansement ouaté.

15 avril. — Les pansements sont renouvelés tous les

deux jours. Les plaies suppurent abondamment, les adénites restent tuméfiées et douloureuses.

16 juin, c'est-à-dire deux mois et demi après la première opération. — Le malade entre de nouveau à la salle d'opérations pour une nouvelle intervention nécessitée par de nouvelles adénopathies. Une adénite préauriculaire apparaît en même temps qu'une adénite sterno-cléido-mastoïdienne droite et sus-hyoïdienne médiane ; toutes ces adénites sont un peu ramollies. Le 16 juin nouvelles incisions sur ces masses ganglionnaires. Grattage à la curette des débris ganglionnaires. Nettoyage des cavités à l'éther iodoformé. Drainage de chaque cavité avec des drains en caoutchouc.

18 juin. — En même temps que des lavages à l'eau iodée renouvelés tous les jours on institue une suralimentation consistant en 100 grammes de viande crue en plus du deuxième degré de l'infirmerie et on administre de l'huile de foie de morue et du sirop d'iodure de fer.

20 juin. — Lavages à l'eau iodée. Les drains en caoutchouc sont retirés et remplacés par des mèches iodoformées. Pansements renouvelés tous les deux jours.

Le 24 juin. — On enlève les quelques crins de Florence qui ont été placés. La plupart de ces crins n'ont pas amené de réunion. Les trajets des anciens drains restent fistuleux et suppurent. On continue les lavages à l'eau iodée et les drainages avec mèche iodoformée.

Le 1^{er} août. — Les pansements ont été renouvelés. La suppuration a disparu, les plaies se réunissent par deuxième intention.

14 août. — Les fistules sont bouchées, les plaies cicatrisées. Le malade quitte l'infirmerie.

OBSERVATION VII

R... Emile, vingt-deux ans, fleuriste.

Père mort tuberculeux.

Mère morte d'une affection du foie.

Le malade n'a jamais été malade mais déclare tousser chaque hiver depuis l'âge de dix-huit ans. Pas d'affection vénérienne, ni d'alcoolisme.

Rien à l'auscultation ni à la percussion.

Entré à Fresnes pour la première fois le 22 juin 1905 c'est-à-dire il y a dix mois. Trois mois après son arrivée en prison, apparition dans la région maxillaire droite d'une adénite actuellement suppurée.

12 avril 1906. — Incision de la masse ganglionnaire qui est ramollie et contient du pus. Grattage à la curette et nettoyage à l'éther iodoformé. Drainage avec mèche iodoformée. Quelques points de suture au crin de Florence. Pansement ouaté.

14 avril. — On change la mèche iodoformée. La plaie suppure abondamment. On fait un lavage à l'eau oxygénée.

19 avril. — Les bords de la plaie sont rouges et tuméfiés. On enlève les fils des sutures et on introduit de nouveau une mèche iodoformée. Le malade reçoit le régime suivant : Huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, 100 grammes de viande crue et deux œufs en plus du deuxième degré de l'infirmerie.

20 mai. — Les pansements ont été renouvelés tous les deux jours. La plaie opératoire s'est comblée et des bour-

geons charnus exubérants apparaissent sur les incisions. On les touche au nitrate d'argent.

1^{er} juillet. — Les plaies sont cicatrisées mais au niveau du drainage persiste un trajet fistuleux.

21 juillet. — L'incision est complètement cicatrisée et est représentée par une ligne de tissu cicatriciel large de un demi-centimètre. Le malade quitte l'infirmerie.

OBSERVATION VIII

G... Joannès, quarante-deux ans, peintre en bâtiments.

Père et mère vivants bien portants. Le malade est marié, a une fille vivante bien portante.

A l'âge de douze ans, le malade a eu pleurésie gauche sans épanchement. A treize ans rhumatisme articulaire. A trente-sept ans blennorrhagie traitée accompagnée de bubons de l'aîne (droite) opérés à l'hôpital Lariboisière. Liséré saturnin et artério-sclérose.

A l'auscultation quelques frottements à gauche. Rien au poumon droit ni aux autres organes.

Entré en prison pour la première fois le 12 décembre 1905, c'est-à-dire il y a quatre mois.

Deux mois après son arrivée à la prison de Fresnes, apparition d'un ganglion siégeant au tiers inférieur de la région sterno-mastoïdienne gauche.

Le ganglion est actuellement de la grosseur d'une mandarine et il est suppuré.

Il y a un mois, apparition dans la région sous-maxillaire

gauche d'une autre masse ganglionnaire en partie fluctuante, à la peau luisante et tendue.

24 avril. — Incision des deux collections suppurées. Gratage à la curette de débris ganglionnaires après évacuation du pus. Nettoyage des deux cavités à l'éther iodoformé. Drainage avec mèches iodoformées. Quelques points de suture sur les deux incisions. Pansement ouaté.

26 avril. — Pansement après lavage à l'eau iodée. Les mèches sont changées.

30 avril. — Tous les points de suture ont cédé. On lave à l'eau iodée et on laisse les cavités se combler par bourgeonnement. Les pansements sont renouvelés tous les deux jours.

1^{er} juin. — La plaie sous-maxillaire est comblée. On touche les surfaces bourgeonnantes à la teinture d'iode.

12 juillet. — Les plaies sont complètement cicatrisées, les régions ne sont plus douloureuses ni tuméfiées.

Le malade quitte l'infirmerie.

OBSERVATION IX

D..., Jean Louis, 23 ans, journalier.

Père mort à quarante-neuf ans d'une affection pulmonaire.

Mère ?

Le malade est marié, n'a jamais eu de maladie jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, époque à laquelle il eut une blennorrhagie qui fut incomplètement traitée. A vingt-deux ans, chancre induré et syphilis.

Rien à l'auscultation ni à la percussion.

Entré à Fresnes le 4 décembre 1905. c'est-à-dire il y a quatre mois et demi, le malade remarqua des grosseurs se développant au niveau des régions sterno-mastoïdiennes droite et gauche ; ces grosseurs sont devenues douloureuses, suppurées, plus volumineuses dans la région sterno-mastoïdienne droite. Une autre adénite est apparue en dernier lieu au niveau de la région sus-claviculaire ; elle est mobile, indurée et de la grosseur d'une amande.

24 avril 1906. — Incisions sur chaque adénite. Les ganglions de la masse sus-claviculaire sont extirpés sans grande difficulté. Les autres adénites suppurées sont grattées à la curette après évacuation du pus. Les cavités sont nettoyées à l'éther iodoformé et drainées avec des tubes de Chassaignac. Quelques points de suture aux crins de Florence. Pansement ouaté.

27 avril. — Le pansement est renouvelé. La peau autour des différentes incisions est rouge et de mauvaise qualité. Toutes les plaies suppurent abondamment sauf la plaie sus-claviculaire.

30 avril. — On enlève les fils de l'incision sus-claviculaire qui est bien réunie. Les sutures des autres plaies n'ont pas tenu. On remplace les drains en caoutchouc par des mèches de gaze iodoformée.

Le 6 mai le malade est mis en liberté ! Les plaies sterno-mastoidiennes droite et gauche ne sont pas encore cicatrisées.

OBSERVATION X

F... Gustave, 23 ans, mécanicien. Père et mère vivants, bien portants.

A douze ans, le malade fut atteint de broncho-pneumonie.

A dix-neuf ans, syphilis et bubons suppurés de l'aîne gauche (opérés).

A vingt et un ans, hernie inguinale opérée par le professeur Berger.

A vingt-deux ans, abcès froid dorso-cervical, opéré à la maison centrale de Poissy.

Le malade est entré à la prison de Fresnes le 13 août 1905, c'est-à-dire il y a dix mois. C'est un récidiviste qui a été déjà plusieurs fois incarcéré.

Il présente une cicatrice dans la région dorso-cervicale à l'endroit où il fut opéré d'un abcès froid. Cette région n'est pas douloureuse et le malade n'accuse aucun symptôme du mal de Pott. En revanche il présente une masse ganglionnaire en partie ramollie, en partie indurée et siégeant au tiers supérieur de la région sterno-mastoïdienne droite et un autre paquet ganglionnaire plus petit dans la région sous-maxillaire.

7 juin 1906. — Incision sur ces masses ganglionnaires et extirpation d'un paquet de ganglions siégeant au tiers supérieur de la région mastoïdienne et d'autres ganglions en voie de ramollissement siégeant à la face postéro-externe de la jugulaire interne.

Extirpation du second paquet ganglionnaire siégeant dans la région sous-maxillaire. Attouchement à l'éther iodoformé, drainage et sutures aux crins de Florence. Pansement ouaté.

11 juin. — Suppression des drains après lavage à l'eau iodée. Le pansement qui n'a pas suppuré est renouvelé.

14 juin. — On enlève les crins de Florence, les plaies se sont réunies par première intention.

16 juin. — Le malade sort de l'infirmerie.

OBSERVATION XI

N... Philippe, trente-deux ans, comptable. Père et mère vivants bien portants. Une sœur morte tuberculeuse.

Le malade est entré à Fresnes, le 23 décembre 1905, c'est-à-dire il y a sept mois. C'est la première fois qu'il vient en prison.

Il n'a jamais eu aucune maladie ni affection vénérienne et ne présente aucun signe d'alcoolisme. Rien aux poumons ni aux autres organes.

Depuis trois mois existe dans la région sous-maxillaire droite une collection actuellement suppurée, fistuleuse, donnant issue à du pus jaunâtre. De plus, à gauche, se trouve une petite adénite indurée, mobile, non douloureuse siégeant au tiers supérieur de la région sterno-mastoïdienne. Sur la ligne médiane autre adénite en partie ramollie et du volume d'une noix.

Enfin à la région génienne gauche une autre adénite ramollie sur le point de s'ouvrir au dehors fait saillie sous une peau rouge et tendue.

7 juin 1906. — Incision de chaque collection suppurée. Evacuation du pus et grattage à la curette des débris ganglionnaires. Attouchement des cavités à l'éther iodoformé. Drainages avec tubes de Chassaignac. Quelques points de suture aux crins de Florence.

11 juin. — Les drains sont retirés, on fait des lavages à l'eau iodée.

15 juin. — Les pansements ont été changés tous les deux jours. On retire les crins de Florence. Les plaies qui suppurent assez abondamment sont lavées à l'eau iodée.

5 juillet. — Les plaies sont cicatrisées. On touche au nitrate d'argent quelques bourgeons exubérants.

11 juillet. — Le malade quitte l'infirmerie guéri.

OBSERVATION XII

B... Amédée, vingt-trois ans, faïencier.

Père vivant bien portant.

Mère morte de ?

Une sœur et trois frères vivants.

N'a jamais été malade, si ce n'est d'une affection des yeux vers huit ou neuf ans.

Pas d'affection vénérienne ni d'alcoolisme.

Le malade boit un litre de vin par jour.

Il a déjà été incarcéré huit mois à la prison de Melun, et un mois après son incarcération il a remarqué des masses ganglionnaires cervicales hypertrophiées.

Entré à Fresnes le 27 mars 1906, c'est-à-dire il y a trois mois, il présente actuellement deux adénites indurées dans la région sterno-mastoïdienne droite et trois autres adénites suppurées de la région sterno-mastoïdienne gauche.

On ne trouve rien à l'auscultation ni à la percussion.

3 juillet 1906. — Incision des adénites droites et extirpation

des deux masses ganglionnaires. Suture aux crins de Florence après drainage et attouchement des parois au chlorure de zinc.

Incisions des trois adénites suppurées de la région sterno-mastoïdienne gauche. Evacuation du pus et grattage à la curette des débris ganglionnaires. Lavages des cavités à l'eau iodée et tamponnement à l'éther iodoformé. Drainage avec mèches iodoformées. Pansement ouaté.

7 juillet 1906. — Les drains en caoutchouc de l'adénite sterno-mastoïdienne droite sont enlevés. La plaie n'a pas suppuré. Les mèches iodoformées de l'adénite gauche sont changées après lavages à l'eau iodée.

10 juillet. — On enlève les crins des sutures. Les plaies des incisions de l'adénite droite sont réunies par première intention. Celles de l'adénite gauche suppurent et nécessitent un nouveau drainage. Pansement iodoformé à gauche. Pansement sec à droite.

25 juillet. — Les pansements sur la région sterno-mastoïdienne gauche ont été renouvelés tous les deux jours. Des trajets fistuleux persistent au niveau du drainage. Pansement iodoformé.

14 août. — Toutes les plaies sont cicatrisées, le malade quitte l'infirmerie.

OBSERVATION XIII

F... Marius, trente-trois ans, comptable.

Père mort paralysé à trente-neuf ans.

Mère vivante bien portante.

A six ans, le malade a été atteint de gastro-entérite, à vingt-

cinq ans il a eu une blennorragie qui a été traitée, à vingt-huit ans, il aurait été atteint d'accidents syphilitiques (?) qu'il ne peut préciser.

Entré à Fresnes le 31 juillet 1905, le malade a remarqué, il y a une quinzaine de jours, la présence dans la région sternomastoïdienne droite d'une grosseur indolore qui est constituée par un ganglion situé sous le sterno-mastoïdien, au niveau et en arrière de l'angle de la mâchoire. Ce ganglion de la dimension d'un œuf de pigeon est mobile et entouré d'une zone de peri-adénite se prolongeant en bas. Il n'est pas adhérent à la peau. En outre de cette adénite, le malade présente depuis le mois de mai dernier, à l'index de la main gauche, une grosseur anormale qui provoque une douleur vive à la pression. Depuis quinze jours la peau qui a rougi et pris la forme d'un jambonneau présente une petite fistule siégeant à la face inférieure et interne du doigt. L'examen de l'index révèle des lésions très étendues ayant envahi l'articulation carpo-phalangienne, avec perception de pus et de fongosités. L'amputation du doigt est conseillée : le malade la refuse.

12 juillet 1906. — Extirpation du ganglion qui est en voie de ramollissement et de plusieurs autres ganglions plus petits de dimension d'un gros haricot ; points de suture aux crins de Florence. Pansement.

Dans un deuxième temps opératoire incision de 3 ou 4 centimètres sur l'index malade, grattage à la curette de l'os qui s'effrite en esquilles. Pansement iodoformé sans sutures.

19 juillet. — On enlève les crins de la suture faite sur l'adénite. Cette plaie n'a pas suppuré et s'est réunie par première intention.

Le pansement du doigt, qui a été renouvelé tous les jours, ne suppure plus. On fait de nouveau un pansement iodoformé.

23 juillet. — La plaie est en voie de cicatrisation. Le doigt est toujours rouge et déformé mais il n'est plus douloureux. Le malade quitte l'infirmérie.

OBSERVATION XIV

B... Marcel, vingt-cinq ans, maçon. Père inconnu. Mère vivante bien portante, sept frères et sœurs vivants, bien portants.

Fièvre typhoïde à dix-huit ans. Bronchite et pleurésie gauche à vingt-et un ans. Blennorragie à vingt-trois ans, syphilis à la même époque, traitée à Cochin.

Le malade a déjà été emprisonné à deux reprises (pendant 15 jours et pendant 2 mois). Il est entré à Fresnes le 28 juin 1906 purger une condamnation à trois mois de prison. Durant sa deuxième incarcération était survenue une adénite de la région sous-maxillaire gauche. Cette adénite est actuellement suppurée, phlegmoneuse et prête à s'ouvrir à l'extérieur.

A l'auscultation on trouve quelques frottements pleuraux à la partie inférieure du poulmon gauche et de l'obscurité au sommet du même côté. Rien de particulier du côté des autres organes. Le malade déclare ne jamais tousser. Il n'a pas eu d'hémoptysie.

5 juillet 1906. — Large incision de la collection suppurée, évacuation du pus et lavage à l'eau iodée. Drainage, pansement ouaté.

9 juillet. — On enlève le drain en caoutchouc qui est remplacé par une mèche iodoformée.

12 juillet. — On enlève les quelques crins de Florence qui avaient été placés. La plaie est rouge. Le passage du drain laisse couler du pus. On fait un lavage à l'eau oxygénée à 25/100.

19 juillet. — La plaie ne suppure plus et n'est plus aussi rouge. On supprime la mèche iodoformée et on fait un pansement sec.

Le malade raconte qu'il c'est fait une foulure de l'articulation métacarpo-phalangienne de pouce gauche il y a six mois. Depuis cet accident, il s'est toujours plaint à ce niveau. De la rougeur et de la tuméfaction ont apparu déformant le pouce à sa base. Un abcès s'est formé fin mai 1906 et le malade l'a ouvert avec une aiguille. La suppuration s'est établie et c'est maintenue plus abondante. En ce moment (juillet 1906) le malade éprouve de vives douleurs au niveau de cette articulation, dans toute la zone supéro-interne du pouce qui est rouge et gonflée. Les mouvements sont bien conservés néanmoins dans l'articulation, exception faite d'une légère raideur.

19 juillet. — Incision au niveau de la fistule, curettage jusqu'au périoste qui paraît sain. Lavage iodé, pansement iodoformé.

3 août. — Le plaie du doigt est fermée. Le doigt et l'articulation sont encore rouges mais non douloureux.

1^{er} septembre. — Le doigt est guéri, il n'existe plus de gonflement de la région.

24 septembre. — Le malade qui a été soumis à une suralimentation consistant en 100 grammes de viande crue et 2 œufs

en plus du deuxième degré du régime de l'infirmerie, sort complètement guéri. La plaie de l'adénite s'est réunie par première intention.

OBSERVATION XV

B... Isidore, quarante-six ans, comptable.

Père mort d'hémorrhagie cérébrale à trente-neuf ans.

Mère vivante bien portante.

Le malade est marié et père de cinq enfants.

Sa femme et ses enfants sont en bonne santé. Il n'a jamais été malade, mais depuis l'hiver dernier tousse fréquemment.

A l'auscultation on ne trouve pas de lésions pulmonaires appréciables. A la percussion, légère submatité dans la région sous-claviculaire droite. Aucun signe d'alcoolisme.

Emprisonné une première fois il y a vingt ans et ayant subi le régime en commun, le malade raconte que pour la première fois il y a trois ans, il eut une adénite suppurée de la région sterno-claviculaire droite. Cette adénite fut incisée et traitée par un médecin de ville.

Venu actuellement à Fresnes depuis le 4 juillet 1906 pour y subir une peine de trois mois, le malade qui deux mois avant son arrivée en prison présentait une tuméfaction ganglionnaire de la région sous-hyoïdienne latérale droite est admis à l'infirmerie à cause de la suppuration de cette adénite qui est ramollie et entourée d'une zone de péri-adénite offrant le volume d'une mandarine.

13 août 1906. — Incision large de l'abcès ganglionnaire. Evacuation du pus, grattage à la curette des débris ganglion-

naires. Lavage à l'eau iodée. Introduction d'une mèche iodoformée destinée à drainer la cavité. Points de suture aux crins de Florence. Pansement ouaté.

17 août 1906. — Lavages à l'eau iodée. La mèche iodoformée est renouvelée.

21 août 1906. — On enlève les crins de Florence et le drain est supprimé. Pansement iodoformé après attouchement à la teinture d'iode.

10 septembre 1906. — La plaie est complètement cicatrisée. Le malade quitte l'infirmerie.

OBSERVATION XVI

L... Charles Léon vingt-deux ans.

Parents bien portants.

Le malade n'a pas d'antécédents pathologiques et dit avoir été seulement indisposé à la suite de libations trop copieuses, en vin particulièrement.

Entré à la prison de Fresnes le 26 juin 1906, c'est-à-dire il y a trois mois, le malade vient en prison pour la première fois.

Depuis deux mois il présente des tumeurs ganglionnaires au niveau de la région sous-maxillaire droite et dans la région sterno-mastoïdienne gauche. L'une de ces dernières masses située au tiers supérieur de la région sterno-mastoïdienne est suppurée.

25 septembre 1906. — Incision de la collection suppurée. Curettage des abcès ganglionnaires. Lavage à l'eau iodée, drai-

nage avec tubes de Chassaignac et suture aux crins de Florence.

A droite, extirpation de la masse ganglionnaire qui est déjà en voie de ramollissement. Drainage et suture aux crins de Florence.

29 septembre. — La plaie de la région sous-maxillaire droite n'a pas suppuré. On retire le drain et l'on fait un pansement sec.

A gauche on fait un lavage à l'eau iodée par le drain et un pansement iodoformé.

3 octobre. — On enlève les crins de Florence. La plaie cervicale droite s'est réunie par première intention. A gauche l'incision est rouge. Il s'écoule du pus par le drain. Lavage à l'eau iodée. Le drain est remplacé par une mèche iodoformée.

3 novembre 1906. — La plaie de l'adénite cervicale gauche est cicatrisée mais une autre adénite est apparue sous la première. Elle est indurée. On fait une nouvelle incision et on extirpe plusieurs ganglions de la grosseur d'une noix. Suture aux crins de Florence après drainage de la plaie avec tube en caoutchouc et résection d'une partie de la peau dont l'état paraît précaire.

7 novembre 1906. — On retire le drain en caoutchouc. Il y a un peu de suppuration. On fait un lavage à l'eau iodée et l'on remplace le drain par une mèche imprégnée d'éther iodoformé.

11 novembre 1906. — On retire les fils et la mèche.

15 novembre. — Nouveau pansement après lavage à l'eau iodée. Le trajet du drain reste fistuleux.

19 décembre. — Les pansements ont été renouvelés tous

les trois jours. Les plaies sont complètement cicatrisées. L'état général est bon. Le malade quitte l'infirmierie.

OBSERVATION XVII

B..., Charles, vingt ans, employé de commerce. Mère morte tuberculeuse. Père vivant, bien portant.

Le malade a eu une bronchite à l'âge de quinze ans avec quelques hémoptysies. Pas de signe d'alcoolisme ni de maladie vénérienne.

Entré à la prison de Fresnes le 27 mars 1906, c'est-à-dire il y a sept mois, c'est la première fois que le malade est incarcéré. Depuis deux mois, une grosseur ganglionnaire est apparue à la région sous-mentonnaire. Elle est à peine ramollie, du volume d'une noix et quelque peu adhérente aux tissus environnants.

3 novembre 1906. — Incision de l'adénite qui est suppurée, évacuation à l'aide de la curette d'un contenu caséux et de débris ganglionnaires. Lavage à l'eau iodée et attouchement à l'éther iodoformé. Drainage par tube en caoutchouc. Sutures aux crins de Florence. Pansement ouaté.

7 novembre. — Lavage à l'eau iodée. On remplace le drain en caoutchouc par une mèche iodoformée. Un peu de suppuration. Les bords de l'incision sont rouges.

11 novembre. — On retire les crins de Florence. L'incision est cicatrisée sauf autour du drain où une cavité à bords rouges subsiste. On fait un pansement iodoformé.

23 novembre. — La cavité du drain est en partie comblée.

1^{er} décembre. — La plaie est bien cicatrisée. A la place où

était situé le drain se trouve un bourgeon exubérant qui est touché au nitrate d'argent.

4 décembre. — Le malade guéri quitte l'infirmerie.

OBSERVATION XVIII

D... Eugène, vingt-trois ans, ébéniste. Père et mère vivants et bien portants. Le malade n'a pas d'antécédents pathologiques.

Entré à la prison de Fresnes le 4 juin 1904 c'est-à-dire il y a plus de deux ans, il présente depuis quinze jours une tumeur marronnée située dans le creux axillaire gauche et de la grosseur d'une mandarine.

Le 11 décembre 1906 incision sur la tumeur qui est une adénite constituée par trois ganglions de la grosseur d'un gros marron. Ils ne sont pas suppurés et se laissent assez facilement extirper. On fait quelques points de suture après drainage avec tube de Chassaignac.

Le 15 décembre on enlève le drain. Pas de suppuration.

Le 19 décembre on retire les crins de Florence. La plaie s'est réunie par première intention et sans aucune suppuration.

Le 31 décembre le malade quitte l'infirmerie.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE VI

Prophylaxie de la tuberculose dans les prisons

Les raisons qui doivent engager l'Administration pénitentiaire à lutter contre la tuberculose dans les prisons nous paraissent être de trois ordres :

1° Des raisons de droit pénal qui veulent que le tribunal édictant la peine, l'Administration pénitentiaire soit seulement chargée de l'appliquer et ne puisse en aucun cas l'aggraver.

2° Des raisons d'ordre moral et philosophique : la plus élémentaire humanité indique, en effet, que l'exécution d'une peine privative de liberté ne doit absolument pas entraîner la perte de la santé et de la vie.

3° Des raisons d'ordre économique qui sont les suivantes :

a) La tuberculose ne doit pas seulement être combattue dans l'intérêt du détenu, elle doit l'être aussi dans l'intérêt de la population libre.

Le Dr Büdingen de Mayence a accusé les pénitenciers de constituer des foyers de contagion qui sont un danger perpétuel pour le reste de la population libre.

b) Tout détenu malade non seulement ne travaille plus et ne rapporte rien à l'Etat, mais il lui occasionne des frais considérables.

« Placer un détenu dans des conditions telles qu'il altère sa santé et devient un malade à la charge de l'administration, c'est, a dit M. Armand Gautier, une faute grave au point de vue moral et social, une erreur fâcheuse au point de vue économique. Le prisonnier doit payer sa peine par la perte de sa liberté mais non par celle de sa santé ou de sa vie. »

On doit donc lutter contre la tuberculose dans les prisons, mais dans quelles limites doit-on le faire ? La réponse à cette question dépend beaucoup de la manière dont on l'envisage au point de vue du droit pénal et de la justice répressive. Si tout le monde est d'accord sur ce point que la perte de la liberté, ne doit absolument pas entraîner la perte de la santé et de la vie, on peut en revanche se demander s'il est logique d'accorder au criminel le bénéfice de méthodes curatives et coûteuses aussi longtemps que des milliers d'honnêtes et pauvres gens de la population libre ne sont pas appelés à en profiter.

C'est qu'en effet, on a été très loin dans les mesu-

res proposées pour traiter les tuberculeux dans les prisons. On a proposé la construction de sanatoriums dans lesquels, outre les soins ordinaires, les détenus recevraient des régimes spéciaux et coûteux. On a demandé aussi l'élargissement de tout prisonnier tuberculeux ; mais ne peut-on obtenir des résultats sans recourir à ces moyens extrêmes ?

En France, différentes mesures ont été déjà prises. Le 6 août 1902 le ministre de l'Intérieur adressait aux préfets une circulaire au sujet des mesures à prendre pour combattre la propagation de la tuberculose dans les maisons centrales de France et les pénitenciers agricoles de Corse.

Partant de ces principes que les milieux collectifs établissent une promiscuité qui par la multiplicité des contacts, augmente les dangers de la contagion, que le germe de la tuberculose se transporte principalement par l'air qui charrie la poussière des crachats desséchés, qu'il peut pénétrer dans l'économie, avec les aliments, le ministre de l'Intérieur prescrivait d'appliquer immédiatement les mesures suivantes dans les maisons centrales de France et les pénitenciers agricoles de Corse :

1° Apposition dans tous les locaux, occupés tant par le personnel que par les détenus, d'affiches portant défense absolue de cracher à terre. Installation dans ces mêmes locaux et en nombre suffisant de crachoirs hygiéniques à un mètre du sol, bien en vue et dans le voisinage des affiches.

3° Interdiction de l'usage des balais et plumeaux,

nettoyage des parquets et des parois de tous les locaux à la serpillière humide ;

4° Aération fréquente des locaux occupés.

5° Désinfection du linge contaminé par les tuberculeux et de leurs déjections.

Le ministre ajoutait ensuite que toute contravention à ces prescriptions serait réprimée par une punition à qui l'aurait commise, que ce soit un détenu ou un membre du personnel de l'établissement. En ce qui concerne le personnel, le ministre exprimait l'espoir que par son exemple et par ses conseils, il se livrerait à la propagande anti-tuberculeuse. Le médecin de l'établissement était chargé d'assurer et de surveiller l'exécution des mesures indiquées. Le soin d'arrêter les prescriptions de détail et notamment d'indiquer le modèle des crachoirs à acquérir, des emplacements de ces crachoirs, le mode d'évacuation et de destruction des matières qui y seraient contenues resterait dans ses attributions. « Il serait désirable, ajoutait la circulaire, que le médecin donnât au personnel une instruction suffisante touchant les dangers de la tuberculose et la prophylaxie à y opposer. »

Le 31 mars 1903, une nouvelle circulaire du ministre de l'Intérieur prescrivait d'appliquer immédiatement dans les maisons départementales les mêmes mesures qui avaient été déjà prescrites dans les maisons centrales.

Le 15 avril suivant, une autre circulaire aux directeur de circonscriptions pénitentiaires prescrivait de

faire procéder à la désinfection des cellules qui auraient été occupées par des détenus reconnus atteints de tuberculose, aussitôt après leur sortie et avant qu'un autre condamné y soit enfermé. La même circulaire ajoutait que ces désinfections devaient être faites suivant les indications du service médical local.

Dans les pays étrangers, des mesures analogues ont été prises, mais on a été beaucoup plus loin. En Allemagne, aux termes du deuxième paragraphe de l'article 487 du Code de procédure pénale, il est permis de surseoir en cas de maladie à l'exécution d'une peine privative de liberté quand il est à craindre que l'exécution de la peine ne mette sérieusement en danger la vie du condamné. Cette disposition légale permet d'ordonner l'élargissement du détenu qui est atteint de tuberculose. C'est qu'en effet, l'expérience prouve que les détenus tuberculeux se rétablissent souvent en très peu de temps après leur sortie de prison, tandis qu'au contraire, sous l'influence de la détention, l'infiltration tuberculeuse des poumons fait toujours de rapides progrès. Aussi, en Allemagne, un tiers environ des détenus mis en liberté pour cause de maladie sont atteints de tuberculose. Ainsi au pénitencier de Plotzensee sur 436 détenus qui ont été libérés en l'espace de vingt-huit ans (1874-1901) pour cause de maladie, 118 étaient tuberculeux.

En France, les détenus malades peuvent toujours former des recours en grâce, mais nous ne savons pas

si pour obtenir cette grâce il est préférable d'être malade ou bien portant. C'est qu'en effet on se préoccupe surtout de savoir si le détenu, libéré conditionnellement ou grâcié, pourra gagner sa vie une fois sorti de prison ou tout au moins être recueilli par des parents ou des amis.

Il est du reste certain qu'il ne saurait être question d'accorder l'élargissement de tout détenu tuberculeux, et que la mise en liberté ne peut être qu'un moyen exceptionnel. Aussi de nombreux autres moyens ont été préconisés.

Schæfer (1) demande qu'on ne fasse pas travailler dans des espaces clos les détenus affaiblis, atteints de prédisposition héréditaire ou déjà tuberculeux ; il conseille d'isoler ces derniers des autres détenus et de les occuper surtout aux travaux de la campagne. Une autre mesure essentielle est aussi à son avis l'amélioration de la nourriture.

Büdingen (2) estime que pour lutter efficacement contre la tuberculose comme maladie populaire, il faut supprimer autant que possible les foyers d'infection des prisons où la tuberculose est à l'état endémique. Selon lui, pour un grand nombre de détenus tuberculeux, le jugement qui les a condamnés à une peine privative de la liberté équivaut à un arrêt de mort et ceux qui ne succombent pas au pén-

1. Dr. Schæfer. *Über Gefängniszkrankheiten* *Blätter für Gefängnisk.* 1900, p. 191,

2. Dr. Th. Büdingen. « Zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht. » *Deutsche W. Zsch. f. öff. Gesundheitspflege*, 1899.

tencier en sortent pour aller transmettre la maladie au sein de la population libre. Le Dr Büdingen demande donc en faveur des tuberculeux un sursis à l'exécution de la peine ou la grâce conditionnelle, et propose de soumettre les détenus libérés conditionnellement, quand la maladie est encore dans la période de début, à un traitement forcé dans des établissements spéciaux de sanatoriums populaires. Il pense que ce serait le moyen d'obtenir la guérison de ces malades, peut être aussi leur régénération morale et de prémunir la société contre le danger d'une contamination. Quant aux individus qui à l'époque de leur condamnation sont atteints de tuberculose avancée, ils seraient placés au pénitencier mais y resteraient en dehors de tout contact avec les détenus sains.

Cette idée de sanatoriums pour tuberculeux n'a pas été accueillie avec une grande faveur en Europe, mais dans les petits Etats de l'Amérique du Nord elle a fait son chemin. Ainsi le Dr Blake, médecin-inspecteur de l'Etat Alabama demande l'internement des détenus tuberculeux dans des établissements uniquement affectés à cette destination et éloignés le plus possible des autres maisons pénitenciaires ; son but est de soustraire les détenus non tuberculeux au danger d'une infection, et de placer les malades dans de meilleures conditions de traitement.

Au Texas, ce progrès est déjà réalisé. Les détenus tuberculeux ne sont pas seulement séparés des autres détenus, ils sont placés dans un sanatorium péniten-

tiaire où ils reçoivent les mêmes soins que les malades des sanatoriums ordinaires (1).

Le Dr Baer, médecin en chef du pénitencier de Plötzensee à Berlin trouve qu'il n'est nullement nécessaire de créer de grands établissements destinés à l'internement des détenus tuberculeux, parce que les malades devraient y être transportés de très loin, parce qu'il serait très difficile d'assujettir un si grand nombre de malades à la discipline d'une maison de détention et enfin parce qu'un pareil établissement occasionnerait des dépenses assez considérables dont l'Etat n'a sans doute pas l'intention de se charger. Il serait beaucoup plus facile suivant lui d'organiser une division spéciale dans les grands pénitenciers avec des installations analogues à celles qu'on prévoit pour le sanatorium destiné aux tuberculeux dans les grands établissements hospitaliers. Il recommande le système préconisé par le Dr Schaper, directeur de la Charité de Berliu, un des promoteurs de ces installations dans les grands hôpitaux : « On a dit (2), écrit le Dr Schaper, que ces salles organisées pour les malades de la poitrine ressembleraient fort à des salles mortuaires ; mais si nous avons des installations bien appropriées à leur destination et qui nous permettent d'individualiser le traitement, ces

1. Separate. Prisons for Tuberculosis » *The Lancet*, 1900, p, 1769. Isolation of consumptive Convicts in Texas. *The Lancet* 1901.

2. Schaper : Berlin. Klinische Wochenschrift 1898, p. 161.

divisions spéciales de nos établissements hospitaliers donneront certainement, comme les sanatoriums, de bons résultats. Ces sanatoriums des hôpitaux peuvent avoir de petites salles, avec des vérandas, des promenoirs, des réfectoires et être pourvus de tous les moyens thérapeutiques que la science moderne met à notre disposition.

Le Dr Delmarcel (1), médecin des prisons à Louvain, ne voit pas la nécessité de créer pour les détenus tuberculeux des *lazarets spéciaux*. Comme dans l'intérêt général l'emplacement des prisons et des écoles de bienfaisance doit toujours être fixé dans des endroits isolés le plus possible des autres habitations, avec des jardins dont la superficie sera proportionnée à la population, on pourra se dispenser d'établir pour les détenus tuberculeux des sanatoria spéciaux qui ne répondraient pas toujours aux avantages qu'on en avait attendus. Le même auteur préconise dans les maisons en commun l'isolement des tuberculeux ou même de ceux qui sont simplement suspects. Il faut mettre ces malades dans des salles spéciales, spacieuses, bien aérées et très éclairées ; pour les maisons cellulaires, il faut suralimenter les détenus présentant des symptômes de tuberculose. Si la maladie s'accroît, ils devront être transférés à l'infirmerie dans des cellules spécialement affectées à ce genre de maladie. Ces cellules

1. *Bulletin de la Commission pénitentiaire internationale.*
Année 1905, livraison IV.

seront exposées au midi. Elles auront de grandes fenêtres. Une alimentation réparatrice et une médication rationnelle seront la base du traitement et cela indépendamment des mesures de désinfection des locaux, crachats, linge, etc.

Le Dr Kolb, médecin du pénitencier de Kaiserslautern à Munich, demande qu'on améliore les statistiques et qu'on rende possible les comparaisons, qu'on encourage tout ce qui tiendra à diminuer les peines privatives de la liberté qu'il voudrait remplacer par des réprimandes et des amendes élevées. Il demande que la direction des établissements pénitentiaires soit confiée à des fonctionnaires ayant des notions d'hygiène. « L'hygiène devrait être enseignée, écrit-il, à tous les fonctionnaires des prisons, supérieurs et inférieurs. Cet enseignement leur donnerait les connaissances qui leur sont indispensables et leur apprendrait en même temps à apprécier sainement et à comprendre le rôle du médecin. Cette compréhension du rôle du médecin fait souvent encore défaut ; c'est ce que montrent, par exemple, les appréciations émises, il y a quelques années par un directeur, au sujet du préavis que les médecins ont à donner sur les punitions infligées aux détenus, conformément aux principes adoptés par le conseil fédéral allemand en 1897 ; il disait : « Je dépose au bureau dans le casier du docteur la liste des punitions que j'ai infligées ; comme cela il en reçoit communication en temps utile. » Un autre directeur déclarait que dans les « principes dont il vient d'être

question, il n'est dit nulle part que le médecin peut opposer son veto, et il ajoutait que la discipline de l'établissement a plus d'importance pour le directeur que la santé de chaque détenu en particulier ». Le Dr Kolb conclut en disant que le médecin doit avoir son indépendance complète dans tout le domaine de l'hygiène et de la prophylaxie. « Il ne suffit pas, dit-il, qu'il émette des vœux dans un rapport annuel, mais il faut qu'il ait une responsabilité pleine et entière pour tout ce qui concerne l'hygiène de la prison et qu'il soit tenu de faire ses propositions au directeur pour tout ce qui est contraire à cette hygiène. »

Le même médecin propose d'autres mesures parmi lesquelles l'isolement des tuberculeux ; il voudrait qu'au moment de l'incarcération tout détenu soit soumis à un examen rigoureux dont le résultat serait inscrit sur un registre *ad hoc*. Il désirerait voir gracier les tuberculeux ou tout au moins suspendre leur peine jusqu'à guérison. Au sujet de la désinfection il demande les mêmes mesures que tous les médecins pénitentiaires. Il demande en outre que les ustensiles (couverts, gamelles, outils), servant aux détenus, soient matriculés et que chaque détenu se serve toujours des mêmes instruments. Le même auteur demande encore que les prisons soient situées en pleine campagne, que les cellules contiennent le cube d'air nécessaire (1), qu'elles aient de grandes

1. En Allemagne les cellules doivent avoir 22 mètres cubes avec 1 mètre carré de fenêtre. En Belgique la loi fixe à 25 mè-

fenêtres permettant de les inonder de lumière, que la température soit suffisamment élevée en hiver (17°). Au point de vue alimentaire, il demande un régime suffisant pour les valides et un régime spécial pour les faibles et les convalescents. Il voudrait voir occuper les détenus à des travaux en plein air sans jamais dépasser plus de dix ou onze heures de travail par jour. Les détenus devraient faire de la gymnastique, prendre des bains pour l'hygiène de la peau. Les punitions devraient être moins fréquentes et moins sévères. Il faudrait enfin d'après le Dr Kolb créer des sanatoriums spéciaux pour les tuberculeux qui ont besoin d'un traitement continu.

Nous venons d'exposer les idées des différents hygiénistes pénitentiaires. Il apparaîtra sûrement que certaines des mesures proposées ne sont pas facilement réalisables. La construction de sanatoriums pénitentiaires, par les questions complexes qu'elle soulève, n'est pas une chose qui puisse se réaliser aisément du jour au lendemain. La mise en liberté des tuberculeux serait peut-être désirable au point de vue de l'hygiène, mais au point de vue pénitentiaire les résultats n'en seraient peut être pas toujours recommandables. Est-ce à dire qu'on ne puisse rien faire au point de vue prophylactique? Nous ne le croyons pas et nous allons voir les mesu-

tres cubes la capacité des cellules, en Autriche 26 à 27 mètres cubes, en Angleterre 30 mètres cubes. A Fresnes les cellules ont 30 mètres cubes.

res, qui, selon nous, seraient immédiatement réalisables.

Deux points principaux sont à considérer quand il s'agit de prophylaxie tuberculeuse :

1° L'infection (avec plus ou moins de virulence du bacille).

2° Le sujet infecté (avec un terrain plus ou moins favorable).

Nous en tirerons une classification des mesures de prophylaxie :

1° Mesures ayant pour but d'éviter l'infection (ce sera la lutte contre le bacille de Koch).

2° Mesures ayant pour but de maintenir l'organisme en bon état de défense.

Mesures ayant pour but d'éviter l'infection. — Ce sont celles qui consistent dans la désinfection des crachats et des locaux ; ces mesures sont déjà prescrites par les circulaires ministérielles mais tant qu'on se bornera à désinfecter les cellules occupées par les tuberculeux, cette mesure sera absolument insuffisante, car nombre de tuberculoses passent inaperçues. Il est donc nécessaire de désinfecter toute cellule avant de la faire occuper de nouveau par un détenu.

Dans les maisons centrales, les détenus atteints de tuberculose devraient être mis dans des ateliers spéciaux, et coucher dans des cellules au lieu de coucher dans un dortoir. Les fenêtres des ateliers doivent rester ouvertes pendant la promenade et celles des dortoirs toute la journée.

Il est désirable également que les détenus ne soient pas changés de cellule pendant tout le temps de leur détention, que l'on évite les grands mouvements de population dans les prisons. Il arrive, en effet, qu'un détenu est transféré dans trois ou quatre établissements différents pendant la durée de sa peine. C'est là un système défectueux, car les grands mouvements de population favorisent l'éclosion de la tuberculose.

Les voitures et wagons cellulaires devraient être désinfectés, quoique nous soyons persuadé qu'ils ne font pas courir plus de risques que les wagons ordinaires et les voitures de place dont se sert journellement le public. La désinfection doit porter non seulement sur les locaux occupés ordinairement par le détenu mais sur ceux qu'il lui arrive d'occuper accidentellement. Les cellules de la Chapelle Ecole, celles du parloir, des bains-douches, du greffe-arrivée doivent être d'autant plus soigneusement désinfectées qu'elles sont petites et obscures.

Enfin non seulement les locaux, mais la literie, les vêtements, les ustensiles tels que fourchettes, cuillers, etc., les instruments de travail doivent également subir une désinfection sérieuse, car le micro-organisme vivace qu'est le bacille de Koch ne permet pas de faire les choses à demi et on peut dire que le *tout ou rien* est un principe en fait de désinfection.

Mais il ne suffit pas de lutter contre le bacille de Koch, il faut aussi mettre l'organisme en état de dé-

fense. Les mesures suivantes donneraient, croyons-nous, de bons résultats :

Nous estimons d'abord qu'il est très important que le médecin connaisse tous les détenus qui, à un degré quelconque, sont en puissance de tuberculose. Le mieux pour cela serait de faire subir à tous les arrivants une visite médicale ; de cette façon tous les porteurs de lésions tuberculeuses, seraient placés à leur arrivée en prison dans un quartier spécial, où ils seraient soumis à un régime particulier qui pourrait être le suivant :

L'alimentation serait plus abondante, plus animalisée et surtout plus riche en matières grasses. Les heures de travail seraient plus ou moins réduites. Les détenus seraient pesés régulièrement une fois par semaine, et les résultats de ces pesées seraient portés sur un registre spécial. Ils feraient tous les jours de longues promenades ou tout au moins un séjour au grand air pendant plusieurs heures. Ces détenus seraient examinés par le médecin au moins une fois par semaine, ce qui permettrait d'admettre à l'infirmerie ceux qui présenteraient des symptômes alarmants ou de renvoyer au régime ordinaire ceux dont l'état serait suffisamment amélioré.

Pour tout cela il n'est nullement nécessaire de construire des sanatoriums pénitentiaires, et nous ne croyons pas qu'il y ait aucune difficulté d'organiser dès maintenant dans chaque prison de quelque importance un quartier spécial pour les détenus tuberculeux, suspects de tuberculose ou simplement

affaiblis. On sait que, dans les hôpitaux de Paris, on a déjà obtenu de bons résultats par le seul fait de loger les tuberculeux des services dans une même salle. On pourrait encore faire plus, et sans construire des sanatoriums spéciaux, envoyer dans une des prisons du Midi les détenus atteints de tuberculose et les soumettre à un régime spécial (1).

Enfin, il est certaines mesures qui sont plus du domaine pénitentiaire que du domaine médical, mais qui cependant ne peuvent être passées sous silence.

C'est ainsi que l'administration pénitentiaire pourrait envisager la question de savoir si les punitions consistant en privation de nourriture ne pourraient pas être supprimées. De même la grâce ou la libération conditionnelle des détenus tuberculeux nous paraîtrait être du ressort de l'administration pénitentiaire plutôt que du service médical.

Enfin, nous basant sur ce que dans toutes les grandes prisons la mortalité par tuberculose est en raison directe de la mortalité générale, nous dirons que c'est moins dans quelques mesures particulières que dans la stricte observation des règles générales de l'hygiène que doit consister la prophylaxie de la tuberculose dans les prisons.

1. Au moment où nous achevons ce travail, nous apprenons que l'administration pénitentiaire vient de décider de diriger sur la maison centrale de Nîmes les condamnés à de longues peines atteints de tuberculose. C'est une mesure d'autant plus heureuse que la maison centrale de Nîmes est une des plus saines. (Voir chap. II.)

CONCLUSIONS

La tuberculose cause de grands ravages dans les prisons.

La mortalité par tuberculose, qui est en France de 0,438 o/o par rapport à la population moyenne, est dans les prisons de longue peine soumises au régime en commun :

a) D'après les statistiques pénitentiaires, de 1,17 o/o.

b) D'après nous de 1,43 o/o.

Dans ces mêmes prisons, la mortalité par tuberculose est par rapport à la mortalité générale :

a) D'après les statistiques pénitentiaires, de 45,11 o/o.

b) D'après nous de 55,11 o/o.

La mortalité par tuberculose varie avec les différents établissements pénitentiaires soumis cependant au même régime (0,65 o/o à la maison centrale de Clairvaux et 2,17 o/o à la maison centrale de Riom).

Dans toutes les prisons, la mortalité par tuberculose est fonction de la mortalité générale.

C'est de vingt-cinq à trente ans et au bout de deux ans de détention que la tuberculose fait le plus de ravages.

A la prison de Fresnes, grande prison cellulaire, la mortalité par tuberculose est légèrement inférieure à celle des maisons centrales (1,12 0/0 par rapport à la population moyenne). Cela tient, selon nous, à l'aménagement hygiénique de cet important établissement et à ce fait que les peines subies sont de moindre durée. La mortalité générale y est d'ailleurs sensiblement inférieure à celle des maisons centrales (1,72 0/0 à Fresnes au lieu de 2,74 0/0 dans les maisons en commun).

Les causes de la mortalité par tuberculose dans les prisons sont de deux ordres :

a) *Intrinsèques* : la majorité des individus qui viennent en prison se compose de véritables déchets sociaux aussi bien au point de vue physique qu'au point de vue moral. Ils offrent un terrain très favorable au développement du bacille.

b) *Extrinsèques* : le régime des prisons agit en affaiblissant la défense de l'organisme contre l'infection.

La contagion et le degré de virulence du bacille ne jouent un rôle sérieux que dans celles des prisons en commun qui sont vieilles et malsaines.

Au point de vue prophylactique, les mesures suivantes pourraient donner de bons résultats :

a) Se préoccuper avant tout de l'hygiène des locaux (la mortalité générale et la mortalité par tuberculose sont doubles dans les vieilles prisons mal installées).

b) Créer dans chaque prison un quartier spécial

pour les tuberculeux qui seront soumis à un régime prescrit par le service médical.

c) Supprimer dans la mesure du possible les punitions consistant en une privation plus ou moins complète de nourriture.

d) Observer très rigoureusement les mesures d'hygiène prescrites par les règlements, en particulier désinfecter les cellules avant d'y loger un nouveau détenu.

Toutes ces mesures peuvent être prises immédiatement et si peu intéressants que soient en général ceux qu'elles ont pour but de protéger, il suffit pour les justifier de s'inspirer d'un peu de miséricorde et d'humanité.

Vu : le président de la thèse :
GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Emile Laurent. — Les maladies des prisonniers. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1892.

Merry-Delabost. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (Mot Pénitentiaire).

Chipier. — De la cachexie des prisons. Thèse de Paris, 1879.

Dève. — Tuberculose chez les prisonniers. Thèse de Paris, 1882.

Article Prisons du Dictionnaire des sciences médicales.

Bonnet. — Hygiène morale et physique des prisons, 1847.

Annales d'Hygiène. T. XXI à XXXII.

Boileau-Castelnau. — Influence du régime des prisons sur la santé des détenus (Annales d'Hygiène. T. XLI).

Ferrus. — Des prisonniers, de l'emprisonnement et des prisons. Baillière. Paris, 1849.

Tardieu. — Dictionnaire d'hygiène publique. Article Système pénitentiaire.

Hurel. — Du régime alimentaire dans les maisons centrales (Annales d'Hygiène, 1875. T. XLIII).

Deleau. — Alimentation des prisonniers, 1860.

Merry-Delabost. — L'alimentation des prisonniers au point de vue hygiénique et pénitentiaire (Bulletin de la Société des prisons, 1885).

Sarchappe. — Statistique médicale des établissements pénitentiaires, maisons de force et de correction (Annales d'hygiène).

Sevin. — La maison d'arrêt du Havre. Thèse de Paris, 1895.

Hanot. — La tuberculose à la maison de Nanterre (Étiologie et prophylaxie). Thèse de Paris, 1899-1900.

Mary. — Considérations démographiques et nosographiques sur la maison de Nanterre. Thèse de Paris, 1890.

Sergent (E.). — Le scrofulate de vérole. Compte rendu du congrès de tuberculose, 1905. T. II, page 579.

Statistiques pénitentiaires du ministère de l'Intérieur. (1894-1905).

Cornil et Lefas. — L'anémie dite des prisons, communication à l'Académie de médecine. (Séance du 25 juin 1907.)

Lefilliâtre. — Communication au Congrès pénitentiaire international de Buda-Pesth, 1905.

Petit. — La tuberculose ganglionnaire. Thèse de Paris, 1897.

Landouzy et Labbé (Marcel). — Alimentation d'une centaine d'ouvriers parisiens. Communication au Congrès international de la tuberculose en 1905.

Villermé. — Mémoire sur la mortalité dans les prisons (Annales d'hygiène et de médecine légale. Années 1829 et 1839).

Grasset. — Rapport du scrofulo-lymphatisme avec la syphilis. Thèse de Paris, 1893-1894.

Huet. — Clinique médicale de la maison des jeunes détenus. Union médicale, 1860. Tome VIII.

Comptes rendus des congrès pénitentiaires internationaux de

Londres, Stockholm, Rome, Saint-Pétersbourg.

Paris, Bruxelles, Buda-Pesth.

Kolb (D^r). — Bulletin de la commission pénitentiaire internationale, 1905. Livraison IV.

Gautier (Armand.). — L'alimentation et les régimes.

Schaper (D^r). Über gefängnisz Krankheiten. Blätter für gefängnisz, 1900. Page 191.

Büdingen (D^r). — Zur Bekämpfung der Lungeschwindsucht.

Deutsche v. Schus. f. öff. gesundheitspflege, 1899.

Separate Prisons for Tuberculosis. The Lancet, 1900.

Page 1769.

Isolation of consomptive convicts in Texas. The Lancet, 1900, page 1576.

Schaper (D^r). — Klinische Wochenschrift. Berlin, 1898, page 161.

Delmarcel (D^r). — Bulletin de la commission pénitentiaire internationale, 1905. Livraison IV.

Baer (D^r). — Ibidem.